الجامعة الإســلامية – غزة

عمــادة الدراســات العــليا

كليـــــة التربيـــــــــة

قســـم علـــم النفـــس

المشكلات السلوكية لدي الأطفال بعد حرب غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات

إعداد الطالب:

أشرف إبراهيم محمد الجبالي

إشراف الدكتور:

جميل حسن الطهراوي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول علي درجة الماجستير في علم النفس- إرشاد نفسي

1430 هـ - 2009 م

بسم الله الرحمن الرحيم

((والّذِينَ يَقُولُونَ رَبّناَ هبْ لَناَ مِنْ أَزْوَاّجِنَا وذُرّيّاتِنَا

قُرّةَ أَعْيُنٍ واَجْعَلْنَا للْمُتّقِين إِماَماً))

" الفرقان: 74 "

إهـــــــداء

- إلي الذين قضوا دفاعاً عن هذه الأمة، فغرسوا فينا الهمة.
- إلي الساكنين في الجنان، عفيف، وتحسين.
- إلي والدي العزيزين، الذين غرسا فيً الأمل والطموح.
- إلي إخواني وأخواتي، الذين شدوا من عضدي.
- إلى زوجتي و الشينين (شهد & شذا) الغالين الذين قاسموني آلامي وآمالي.
- إلى كل أصدقائي، وزملاء مهنتي وجميع العاملين في مجال الإرشاد النفسي.
- إلي كل من أراد سلوك طريق الصحيح في تربية أبنائه وتنشئتهم علي الحق والخير والهدي والصلاح

أهدي هذا البحث المتواضع،

الباحث

شكر وتقدير

بسم ا ـ الرحمن الرحيم **((رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحاً تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ))** (الأحقاف: 15).

الحمد   رب العالمين، الذي علم بالقلم، علم الإنسان ما لم يعلم، اللهم انفعنا بما علمتنا، وعلمنا ما ينفعنا، وزدنا علماً، وهب لنا من لدنك رحمة، إنك أنت الوهاب، والصلاة والسلام علي نبينا محمد أشرف المرسلين، وعلي اله وصحبه أجمعين، ومن سار علي هداه إلي يوم الدين، أما بعد:

يقول الرسول صلي ا عليه وسلم " **من قال جزاكم ا خيراً، فقد أبلغ في الثناء**" وقوله صلي ا عليه وسلم " لا يشكر ا من لا يشكر الناس ".

لذا يقتضي الواجب إن أذكر فضل من شجعني وساعدني علي إتمام هذه الدراسة، ولا ينكر فضل الفضلاء إلا من ران علي قلبه، وساء منبتاً.

وإن كان من الواجب أن يذكر أهل الفضل بفضلهم، وأن يخص بعضهم بالذكر، فاني أتقدم بخالص شكري وعظيم تقديري وامتناني إلي أستاذي الفاضل الدكتور / **جميل الطهراوي**، الذي أسعدني بإشرافه علي هذه الدراسة، فقد رافقني في هذه الرحلة التعليمية، ومنحني الكثير من وقته، وجاد علي بإرشاداته السديدة، وتوجيهاته المفيدة، ومنحني من علمه ما يعجز مثلي عن مكافئته، فجازاه ا عني خير الجزاء.

كما وأتقدم بالشكر والامتنان إلي عضوي لجنة المناقشة علي تكرمهما بمناقشة رسالتي.

كما وأتقدم بالشكر الخالص إلي الأستاذ / **باسم طلبة** علي ما قام به من ترجمة الملخـص إلـي اللغة الإنجليزية، كما وأتقدم بخالص الشكر والتقدير للأستاذ / **أحمد ناصـر الـدين** لمراجعتـه اللغوية لهذه الدراسة.

كما يطيب لي أن أشكر الزميل العزيز الأستاذ / **نائل أبو عـزب،** والمربيـة الفاضـلة/ **سـعاد الصباغ** والأستاذ الزميل / **زياد نويجع،** والأستاذ الزميل / **عزات حمودة & محمد الحلو** علي التعاون الصادق مع الباحث أثناء تطبيق دراسته.

أما أسرتي: **والدي، والدتي، زوجتي، إخوتي،** فقد أعانوني وعانوا في سبيل تذليل كل صـعب، وتعبيد كل درب، فلهم مني التقدير والاعتزاز والحب، داعياً ا أن يعينني في تعويضـهم لمـا بذلوه، من جهد وعناء، ودعاء خالص لهم من الأعماق بالصحة والعافية والسعادة.

هؤلاء من ذكرتهم فشكرتهم، أما من نسيتهم، فهم أولي الناس بالشكر والتقدير، وأدعو ا سبحانه وتعالي أن ينال هذا الجهد القبول والرضا، فحسبي أنني اجتهدت، ولكل مجتهد نصيب، والكمال وحده، فان وفقت فمن ا ، وإن قصرت، فعذري لقوله سبحانه وتعـالي:((**قَالُواْ سُبْحَانَكَ لاَ عِلْمَ لَنَا إِلاَّ مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ**)) (البقرة: 32).

وا من وراء القصد،

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف علي مستوي انتشار المشكلات السلوكية لدي الأطفال (السلوك العدواني ، تشتت الانتباه والحركة الزائدة ، الخوف ، التبول الاارداي) وخصوصاً بعد الحرب الهمجية علي غزة ، في ضوء ست متغيرات هي: الجنس، مكان السكن، استشهاد أحد الوالدين، و المستوي التعليمي للوالدين، حجم الإصابة الجسدية، وهدم المنزل، ، وقد تم تطوير استبانة من (75) فقرة لقياس مستوي المشكلات السلوكية لدي الأطفال ، كما تم توزيع هذه الاستبانة علي عينة عشوائية عنقودية بلغت (1124) طالب وطالبة من المدارس الابتدائيـة التابعـة لوكالـة الغوث الدولية بمناطقها التعليمية الخمس ، وقد حاولت الدراسة الإجابة علي التساؤلات التالية:

*ما **المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالة الغوث بعد حرب غزة** ؟

ويتفرع عن السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

1. ما مستوى شيوع المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالة الغوث بعد حرب غزة ؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالـة الغوث بعد حرب غزة تعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثي) ؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالـة الغوث بعد حرب غزة تعزي لمتغير استشهاد أحد الوالدين (الأب ، الأم)؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالـة الغوث بعد حرب غزة تعزى لمتغير هدم المنزل (كلي ، جزئي)؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالـة الغوث بعد حرب غزة تعزى لمتغير التعرض لإصابة جسدية (بسيطة ، متوسطة ، خطيرة) ؟

6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالة الغوث بعد حرب غزة تعزى لمتغير المستوي التعليمي للوالدين (أمي ، ابتدائي ، إعدادي ، ثانوي ، جامعي)؟

7. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالة الغوث بعد حرب غزة تعزى لمتغير المسكن(الشمال ، غزة ، الوسطي ، الجنوب) ؟

ولاختبار صحة الفرضيات الدراسة استخدم الباحث النسب المئوية واختبار التات البارامتري (Test-T) One sample t test ، واختبار اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA)، والتكرارات ، ومعامل ارتباط سبيرمان وبيرسون.

وقد توصلت الدراسة إلي النتائج التالية:

1. توجد مشكلات سلوكية (السلوك العدواني ، التشتت الانتباه والحركة الزائدة ، الخوف ، التبول الااردداي) لدي الأطفال بمدارس وكالة الغوث بعد حرب غزة .

2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالة الغوث بعد حرب غزة تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور.

3.توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالة الغوث بعد حرب غزة تعزى لمتغير مكان السكن لصالح سكان الشمال.

4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالة الغوث بعد حرب غزة تعزى لمتغير استشهاد أحد الوالدين.

5.توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالة الغوث بعد حرب غزة تعزى لمتغير المستوي التعليمي للوالدين لصالح الأميين.

6.توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالة الغوث بعد حرب غزة تعزى لمتغير هدم المنزل لصالح الهدم الجزئي.

7.توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالة الغوث بعد حرب غزة تعزى لمتغير الإصابة الجسدية لصالح الإصابة المتوسطة.

وفي ضوء نتائج الدراسة وضع الباحث عدة توصيات ومقترحات للآباء والمعلمين، والمرشدين النفسيين، والمربين والمسئولين عن التربية والتعليم في قطاع غزة، والباحثين في مجال علم النفس، والإرشاد النفسي، وواضعي المناهج في ضرورة الاهتمام بالحاجات والمتطلبات الأساسية لطلاب المرحلة الابتدائية وكذلك وضع البرامج الإرشادية الهادفة إلي الحد من تلك المشاكل السلوكية، وحث المختصين علي مراعاة جميع الجوانب النفسية والاجتماعية والجسمية والمعرفية العقلية للطفل الفلسطيني في ظل المعاناة التي يتعرض لها.

قائمة المحتويات

ثانياً: السلوك العدواني:

ثالثاً : تشتت الانتباه والحركة الزائدة:

رابعاً : الخوف:

خامساً: التبول اللاإرادي:

الفصل الثالث: (الدراسات السابقة)

الفصل الرابع: (الطريقة والإجراءات)

الفصل الخامس: **(النتائج وتفسيرها ومناقشتها)**

قـائمة الجـداول

قـائمة المـلاحق

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها

مقدمة

مشكلة الدراسة (التساؤلات)

أهداف الدراسة

أهمية الدراسة

مصطلحات الدراسة

حدود الدراسة

مقدمة:

تترك الحروب، ولا سيما ذات الصبغة العدوانية، الكثير من الكوارث، ومن جرائم بحق الأبرياء، ومن تدمير يلحق بالعمران والبيئة، لكن أكثر نتائجها مأساوية ما يتعلق بما تتركه هـذه الحرب لدى الأطفال من آثار سلبية قد ترافقهم طيلـة حيـاتهم، ويقـوم الخبـراء والمحللـون المختصون خلال الحروب أو بعد انتهائها بإجراء الدراسـات والتحلـيلات للآثـار السياسـية والاقتصادية والعسكرية والبيئية وغيرها التي ترتبت على هذه الحرب أو تلك، والقلة من هؤلاء المختصين يتصدون لبحث الآثار النفسية والمعنوية لتلك الحروب على المـدنيين بشـكل عـام، والأطفال على نحو خاص، ففلسطين تشهد حرباً مروعة ترمي بظلها الأسود الحالك على أطفال فلسطين، لتحفر في ذاكرة أطفالها صوراً لا تنسى تؤثر على صحتهم النفسية، وتسـبب الآفـات التي يصعب علاجها، والتي قد تتحول إلى آفات نفسية مزمنة .

ويري المختصون أن هناك تقصيراً واضحاً في البلاد العربية في مجال الرعاية النفسية وتأمين الوسائل الضرورية لاحتواء ردة فعل الصدمات على الأطفال، في حين أن غالبية الدول الغربية تقوم بتوجيه الأهل إلى كيفية التعامل مع الأطفال، ليس فقط فـي مواجهـة الحـرب إذا دارت على أرضهم، بل تتجاوز ذلك إلى الاهتمام بالتوازن النفسي للأطفال لاستيعاب الحـروب التي تدور في دول أخرى بعيدة، وذلك للحيلولة دون تأثر الطفل من مشاهد المجازر الإنسـانية على شاشات التلفزة، خاصة إذا كانت جيوش تلك الدول هي صانعة هذه المجازر والنكبات، وقد عمدت بعض المدارس إلى إضافة حصص دراسية في مناهج الأطفال لتهيئتهم لاستيعاب كل ما يمكن أن ينجم عن الحروب، دون صدمات نفسية أو آثار مترسبة (حدايد: 2002).

ويؤكد المختصون أن أخطر آثار الحروب هو ما سيظهر بشكل ملموس لاحقاً في جيـل كامل من الأطفال الذين سيكبر من نجا منهم وهو يعاني من مشاكل نفسية، قد تقل خطورتهـا أو

تزيد حسب استيعاب ووعي الأهل لكيفية مساعدة الطفل على تجاوز المشاهد المروعة التي عاشها أو شاهدها، ومن المؤكد أنه يمكن التقليل من الآثار النفسية السلبية في هذه الحالات، إذا تذكر الأهل الجانب النفسي للطفل في الأوقات العصيبة، واجتهدوا لمعالجتها في حينه.

ويشير النابلسي إلى ردود فعل الأطفال إزاء الإنفجارات ويصنفها إلى ردود الفعل الأولية وتشمل التخدير الحسي عند سماع الانفجار، ثم الانتقال إلى مرحلة عدم استيعاب الحدث، تتبعها مرحلة الهستيريا من الصراخ والبكاء، وردود الفعل قريبة الأمد وهي صعوبات التفكير وحالة من القلق والاضطرابات، وردود الفعل متوسطة الأمد وفيها يبدأ الإنسان بالشعور بعدم الاطمئنان، وأحيانا الإحساس بالذنب إذا كان ناضجاً لعدم قدرته على تقديم المساعدة، وقد تنتابه حالة من الغضب الناتج عن العجز، وهذا يؤدي إلى انتكاسات نفسية وجسدية،وردود الفعل طويلة الأمد تعتمد على قدرة الإنسان على التكيف مع الأحداث .

ومن الملاحظ أن هناك تزايداً في ضحايا الكوارث الطبيعية وغير الطبيعية من النساء والأطفال في كافة أقطار العالم البالغون والأطفال يتعرضون للزلازل والفيضانات والبراكين والحرائق والمجاعات والانهيارات وكوارث التنقل والحروب وغيرها، وأصبح معروف الآن أن المساعدة المبكرة للأطفال في كيفية التعامل مع ضغوط الكوارث مفيد ويمنع المشاكل من الظهور لاحقاً، وعندما تكون أعداد كبيرة من الناس قد تعرضت للكارثة فإنه من الأولويات تقديم المساعدة لأعداد كبيرة من الناس بالسرعة الممكنة، وينبغي علي كافه العاملين في مجال حقوق الإنسان العمل علي حماية الأسرة والمجتمع بمساعدتها للاضطلاع بمسؤوليتهما اتجاه الأطفال وذلك باعتبارهم الوحدة الأساسية للمجتمع والبيئة الطبيعية لنمو ورفاهية جميع الأفراد وخاصة الأطفال وكما ينص ميثاق حقوق الطفل العالمي (سرحان: 2002).

و حيث أن الشعب الفلسطيني يتعرض إلي ظروف صعبة، تترك بصماتها علي الحيـاة اليومية لكافة فئات الشعب وخاصة الأطفال، وهذا بدوره ينعكس سـلباً علـي جوانـب الحيـاة الاقتصادية والاجتماعية والنفسية، مما يهيئ أرضاً خصبةً لتنامي المشـكلات السـلوكية داخـل الأسرة والمجتمع، لذلك تقع علينا مسئولية حماية أطفالنا وضمان سلامتهم من المشكلات.

ومن الناحية العملية فإنني من خلال عملي كمرشد نفسي في مدارس وكالة الغوث الدولية ضمن برنامج الصحة النفسية المجتمعية، ومع شن المزيد من الحروب في أوساط تجمعـات السـكان المدنيين علي غزة، لاحظت أن الأطفال أصبحوا أهدافاً مباشرةُ للعنف، فيشاهد بعضـهم وفـاة والديهم أو أصدقائهم، ويعاني آخرون من إصابات أو إعاقات جسدية، بينما يجبر البعض الأخر علي الانفصال عن والديهم أو أفراد أسرهم الأقربين، ولا شك في أن أنواع التجارب التي وجهها أطفال غزة في أوقات الحرب علي درجة لا يستهان بها، حيث أن كل طفـل يتـأثر بـالحرب بصورة مختلفة عن غيره، و تحدث تلك التجارب تأثيراً سلبياً علي نمو وتطور حياة الطفل.

أما المعني الذي يربطه الطفل بحادث أو تجربة معينة، سـوف يحـدد بالضـبط مـدي الإرهاق الذي يتسبب به هذا الحادث، أو التجربة علي الطفل بناء علي ذلك، فإنه إذا قتـل والـد طفل خلال الحرب، فإن الأثر علي الطفل سيختلف باختلاف المعني، الذي يربطه الطفل بالحادث فإذا رأي الطفل وفاة الأب علي أنه عمل بطولي، يرتبط الطفل به ارتباطاً نفسـياً متينـاً، فـإن الحادث سيكون أقل إضراراً بالطفل، مما لو رأي وفاة والده كانت من باب الصدفة أو بعيداً عن العدالة، ومما لو لم يكن الطفل في حالة ارتباط نفسي مباشرة مع الحرب (مقصود:2000)

ولعل من نافلة القول أن نذكر، أن المؤسسات الدولية التابعة للأمم المتحدة والمسئولة عـن رعاية الأطفال في فلسطين، قد أشارت إلى خطورة ما يتعرض له الأطفال في هذه البلـد مـن ضغط نفسي جراء العمليات الحربية التي تقوم بها إسرائيل، وأوضحت أن أعداداً كبيـرةً جـداً

منهم أصبحوا بحاجة لعلاج نفسي طويل الأمد، وبسبب الحرب علي غزة يعاني العديد من تلاميذ المرحلة الابتدائية من مشكلات نفسية واجتماعية ، تؤدي بهم إلى عدم التوافق مع أنفسهم ومـع الآخرين، وينعكس ذلك على المحيطين بهم من أولياء الأمور والمعلمين، للدرجة التي تجعلهم لا يستطيعون التعامل مع هذه المشكلات إلا من خلال متخصص (حدايد :2002).

مما سبق نرى أن الواقع يشهد بأن المشكلات السلوكية وخصوصاً (السـلوك العـدواني والخوف و تشتت الانتباه والحركة الزائدة والتبول) تمثل مشكلة قائمة بكل أبعادها وتداعياتها من خلال قيام الباحث بتصنيف المشكلات السلوكية إلي (27) مشكلة، ووضعها في قائمة مشـاكل سلوكية، وعرضها علي المرشدين النفسيين والمعلمين ومشرفي الصحة النفسـية والمجتمعيـة ، والذين أقروا بتلك المشكلات السلوكية السابقة الذكر، ومن هنا يعتبـر الباحـث أن المشـكلات السلوكية مشكلة حقيقية تواجه كثيراً من الطلبة، خاصة طلبة المرحلة الابتدائية ، لما يتعرض له الطلبة من عدوان وخوف واضطراب في العلاقات الاجتماعية،ومن هنا تتجلي دراسة المشكلات السلوكية، حيث تعتبر من أهم الموضوعات السلوكية التي يجب تكريس الجهود للتعـرف علـي مدي تأثيرها علي أداء وإنجاز النشئ، كل هذا دفع الباحث إلى دراسة المشكلات السلوكية، لدى طلبة المرحلة الابتدائية، لأن تناولنا لهذه الدراسة قد يعطينا فرصة التعرف علي مدي تعـرض طلابنا للمشكلات، ومعرفة تطلعاتهم الحالية والمستقبلية .

وهنا تكمن أهمية دراسة المشكلات السلوكية لدي الأطفال بعد حرب غزة ، وعلاقتهـا ببعض المتغيرات، حيث تهدف للتعرف علي بعض المشكلات السلوكية بعد الحرب الأخيرة علي غزة ،ومحاولة تقديم إطاراً متكاملاً للتعامل مع تلك المشكلات ، ولعل ذلك يعم بالنفع والمعرفـة علي من يهمه الأمر وخصوصاً العاملين في ميدان الإرشاد النفسي والطلابي.

الباحث

مشكلة الدراسة (التساؤلات):

تتحدد مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي التالي:

ما المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالة الغوث بعد حرب غزة ؟

ويتفرع عن السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

8. ما مستوى شيوع المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالة الغوث بعد حرب غزة ؟
9. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالـة الغوث بعد حرب غزة تعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثي) ؟
10. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالـة الغوث بعد حرب غزة استشهاد أحد الوالدين (الأب ، الأم)؟
11. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالـة الغوث بعد حرب غزة تعزى لمتغير هدم المنزل (كلي ، جزئي)؟
12. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالـة الغوث بعد حرب غزة تعزى لمتغير التعرض لأصابه جسدية (بسيطة، متوسطة، خطيرة) ؟
13. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالـة الغوث بعد حرب غزة تعزى لمتغير المستوي التعليمي للوالدين (أمي، ابتدائي، إعدادي، ثانوي، جامعي)؟
14. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالـة الغوث بعد حرب غزة تعزى لمتغير المسكن(الشمال، غزة، الوسطي، الجنوب) ؟

مبررات الدراسة:

على الرغم من كثرة الدراسات التي تناولت موضوع المشكلات السلوكية إلا أنها كثيراً لم تتناول موضوع المشكلات السلوكية وخصوصاً عند طلاب المدارس الابتدائية بوكالة الغوث وكما يوجد العديد من المبررات والأسباب التي دعت الباحث إلي القيام بهذه الدراسة واختيار هذه الدراسة وتتلخص المبررات في النقاط التالية:

1. لا توجد أي دراسة سابقة حول المشكلات السلوكية بعد الحرب الأخيرة علي غزة.

2. أهمية المرحلة العمرية التي تتناولها الدراسة (طلبة المرحلة الابتدائية) وما يتخللها من تغيرات وتحولات بيولوجية ووجدانية وعقلية واجتماعية وتعد هذه المرحلة الدراسية بداية التعليم وبداية مرحلة انتقالية مهمة في حياة الطفل.

3. أهمية هذه المرحلة من مراحل التعليم في تحديد وتخطيط المستقبل العلمي وكذلك مرحلة الابتدائية هي من أولي وأرقي المراحل في الجوانب النفسية والعقلية والاجتماعية التي يحتاج فيها الطفل إلي توجيه وإرشاد إلي الطريق الصحيح في ظل التوتر والتخبط وحالة عدم التوازن التي يكون عليها الطالب الابتدائي.

4. ندرة الأبحاث والدراسات في حدود علم الباحث التي تتعلق بدراسة المشكلات السلوكية بعد الحروب والكوارث.

أهداف الدراسة:

1. التعرف على مستوي انتشار المشكلات السلوكية لدي طلاب المرحلة الابتدائية بمدارس وكالة الغوث بعد الحرب علي غزة.

2. التعرف على الفروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالة الغوث بعد حرب غزة تعزى لمتغير الجنس و متغير استشهاد أحد الوالدين، هدم المنزل.

3. التعرف على الفروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالة الغوث بعد حرب غزة تعزى لمتغير التعرض لإصابة جسدية و متغير المستوي التعليمي للوالدين ومتغير السكن.

أهمية الدراسة:

أولاً من الناحية النظرية:

1. تعتبر الدراسة امتداد لدراسات بعض الباحثين السابقين الذين قاموا بدراسة المشكلات السلوكية والتعمق فيها .

2. يعد هذا البحث إثراء للمعرفة النظرية لمجموعة البحث حول المشكلات السلوكية.

3. إن دراسة المشكلات قد تلقي الضوء علي أسباب المشكلات السلوكية الذي يعتري بعض الطلبة دون الآخرين، بحيث تصبح وسيلة تشخيصية تنبؤية بما يمكن أن يكون عليه سلوك الطالب قبل وأثناء الدوام المدرسي.

4. قد تفيد المرشدين في المدارس الحكومية ووكالة الغوث الدولية لتجاوز العقبات التي تحول دون أداء عملهم علي النحو الجيد المطلوب.

5. قد تفيد الجهات المشرفة في المدارس الحكومية و مدارس الوكالة في مجال الإرشاد النفسي في التخطيط لنشاطات جماعية وفردية.

ثانياً من الناحية العملية (التطبيقية):

1. قد تزيد المدرسة بأساليب إرشادية نوعية وإكساب المرشد النفسي أطر نظرية للمشاكل السلوكية الناجمة عن الحرب.

2. قد تتيح هذه الدراسة المجال لاستحداث برامج ذات فعالية في مجال المشكلات السلوكية.

3. المساهمة بنتائج الدراسة مما يعين القائمين على العملية التربوية والباحثين النفسيين في مراعاة الحالة النفسية والاجتماعية التي يكون عليها الطالب في هذه الفترة الحرجة، وذلك من جانب وقائي و وضع الخطط العلاجية المناسبة للعلاج إذا لزم الأمر.

4. قد تساعد أولياء الأمور علي التعرف عن قرب عن الجوانب النفسية والعقلية والاجتماعية والسلوكية وبالإضافة إلي ذلك معرفة حاجات ومطالب المرحلة التي يمر بها الطالب الابتدائي ومن ثم العمل علي تلبية كل المطالب والحاجات وتحقيقها من أجل أن يمر الطالب في فترة المرحلة الابتدائية، وهو يشعر بحالة نفسية وعصبية هادئة ومريحة.

5. قد يستفيد من الدراسة المرشدين العاملين بوكالة الغوث.

6. قد يستفيد من الدراسة المشرفون التربويون والموجهون العاملين في الصحة النفسية والمجتمعية

7. قد يستفيد من الدراسة الباحثون في الجامعات والباحثون في المجال التربوي بشكل عام .

8. قد يستفيد من الدراسة الأخصائيون النفسيين العاملين في المؤسسات الأهلية و المجتمعية.

مصطلحات الدراسة:

1. المشكلات السلوكية:

"هي سلوك متكرر الحدوث غير مرغوب فيه يثير استهجان البيئة الاجتماعية، ولا يتفق ومرحلة النمو، ويجدر تغييره لإعاقته(كفاءة الطفل الاجتماعية أو النفسية أو كليهما)، ولما لها من آثار تنعكس على تقبل الفرد اجتماعياً على سعادته، وتظهر في صورة عرض أو عدة أعراض سلوكية، ويمكن ملاحظتها مثل الكذب، والسرقة، والتخريب، وغيرها (سلامة، 1990 : 17).

تعريف أخر للمشكلات السلوكية:

أنماط سلوكية ظاهره تعكس خرقاً للأعراف الاجتماعية المقبولة يوجهها الفرد نحو الآخـرين أو نحو ذاته بغرض الإيذاء، وهي سلوكيات يستطيع الآخرين ملاحظتها بسهولة، وتتميز بـالتكرار والحدة ولكنها لا تصل إلي درجة الاضطراب الشديد التي يتطلب التدخل العلاجي، وتؤثر هـذه السلوكيات علي كفاءة الفرد النفسية وتحد من تفاعله مع الآخرين (كاشف، 2004 :74) .

2. السلوك العدواني:

ويعرف الباحث السلوك العدواني علي أنه "عبارة عن سلوك ناجم عن تفاعل الطاقـة الكامنـة بداخل طفل المدرسة مع عوائق خارجية ضاغطة موجودة في بيئة الفرد بحيث تحد من تحقيـق أهدافه مما يؤدي إلي إيذاء الآخرين، وقد يوجه هذا العدوان نحو ذاته أو نحو الآخرين كما قـد يكون هذا الإيذاء إما مادياً أو معنوياً.

3. الخوف:

تبني الباحث تعريف الخوف علي أنه " حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسى وبـدنى ، تنتاب الطفل عندما يتسبب مؤثر خارجى فى إحساسه بالخطر ، وقد ينبعث هذا المؤثر من داخل الطفل ، ويعد انفعال الخوف واحداً من أهم ميكانيزمات الحفاظ علـى الـذات ويلقائهـا لـدي الإنسان ، وهو وظيفة للحفاظ على البقاء والحياة أيضاً لدى الكائنات الأخرى(سليمان ، 2005 : 21).

4. تشتت الانتباه وفرط الحركة:

عدم القدرة على الانتباه والقابلية للتشتت والحركة المفرطة أي صعوبة عند قيامه بنشـاط ممـا يؤدي لعدم اكتمال النشاط بنجاح كبير (الدليل التشخيصي والإحصـائي للاضـطرابات النفسـية والعقلية الطبعة الرابعة 1994 :78)

5. التبول اللاإرادي:

ويتبني الباحث التعريف الإجرائي التالي بأنه هو انسكاب البول مـن المثانـة دون تحكـم فـي الانسكاب للبول بعد أن كان قد مر الطفل بالمرحلة التي يكون قد استطاع أن يتحكم في المثانـة وفي البول . وذلك قد يكون التبول نهاراً أو ليلاً أو نهاراً وليلاً معاً ، دون أن يكون هناك سـبب عضوي للتبول، سوي التعرض للخبرات الصادمة وخصوصاً خبرات الحرب علي غزة، ومنهـا (استشهاد أحد الوالدين أو هدم المنزل أو التعرض لإصابة جسدية أو كان يسكن منطقة معرضة للخطر أثناء الحرب).

6. المدارس التابعة لوكالة الغوث:

أي مؤسسه تعليمية غير حكومية أو خاصة تديرها أو تشرف عليهـا وكالـة الغـوث لتشـغيل اللاجئين الفلسطينيين (دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997 : 17)

حدود الدراسة:

- **الحد المكاني**: تم تطبق الدراسة في مدارس وكالة الغوث الدولية للمناطق الخمسـة(رفـح، خان يونس ، الوسطي ، غزة ، شمال غزة).

- الحد الزماني: تم تطبيق الدراسة في العام الدراسي 2009 م.

- **الحد البشري** : تم تطبيق الاستبانة علي معلمي ومعلمات طلبة العينة الفعلية للدراسة وتشمل طلبة الصف (الثاني والثالث والرابع) الابتدائي .

- **الحد الموضوعي**: تتطرق الباحث في الدراسة إلي المشكلات السلوكية وخصوصاً المشكلات المنتشرة لدي طلبة المرحلة الابتدائية وهي السلوك العدواني والخوف وتشتت الانتبـاه والتبـول اللاإرادي للوقوف علي أثارها بعد الحرب وعلاقتها بالجنس و المسـتوي التعليمـي للوالـدين،

واستشهاد أحد الوالدين، وهدم المنزل، والتعرض لإصابة جسدية للمساعدة في حلهـا وبالتـالي تخطي هذه العقبة والانطلاق نحو المستقبل المشرق.

المنهج المستخدم في الدراسة:

*** المنهج الوصفي**

استخدم الباحث المنهج الوصفي، القائم على تحليل المعلومات والاستنباط من المراجع العلميـة، للتعرف على بعض المشكلات السلوكية بعد الحرب، ويعود السبب في اختيار هذا المنهج لأنـه المنهج المناسب لدراسة التساؤلات بصيغتها الحالية، وفي ظل العينة المختارة.

" فالمنهج الوصفي لا يعتمد على مجرد فكرة أو ظاهرة معينة، بل يتعدى ذلـك إلـى اكتشـاف الحقائق وآثارها، والعلاقة التي تتصل بها وتربط بينها، وتفسيرها وتحليلها وأخذ العبـرة منهـا وتوقّع تأثيراتها المستقبلية، ومعرفة القوانين التي تحكمها " (نجم، 1998: 15).

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

المبحث الأول: المشكلات السلوكية.

المبحث الثاني: السلوك العدواني.

المبحث الثالث: تشتت الانتباه والنشاط الزائد.

المبحث الرابع: الخوف

المبحث الخامس: التبول الاارداي .

المبحث الأول :المشكلات السلوكية

مقدمة:

تعتبر المشكلات السلوكية من أبرز المشكلات والمعيقات التي تواجه طـلا ب المرحلـة الابتدائية، حيث تعتبر هذه المرحلة من أهم المراحل التي يمر بها الإنسـان باعتبارهـا مرحلـة انتقالية حيث الاعتماد على الكبار وهذا ما أكد عليه العديد من علماء النفس والتربية، حيث يـرى (Knittle,1990) أن مرحلة الطفولة هي فترة الاعتماد على الأهل ، وفيها يبذل الطفل طاقـة غير عادية للتصرف حسب ردود أفعال الآخرين في المواقـف الاجتماعيـة المختلفـة ، كمـا ويتصرف الطفل باستمرار ليكون محور اهتمام المحيطين به،هذا بالإضافة إلى التغيرات النمائية والنفسية والاجتماعية والثقافية المتعاقبة في هذه المرحلة، فكل ذلك كفيل أن ينتج عنها العديد من المشكلات السلوكية ، ومن هنا يحاول الباحث إلقاء الضوء على ماهية هذه المشكلات، وأسبابها، والعوامل المؤثرة فيها، وتصنيفاتها، والاتجاهات المفسرة لها.

تعريف السلوك:

يعرفه الخطيب : كل الأفعال والنشاطات التي تصدر عن الفرد ظاهرة كانت أم غير ظـاهرة. (الخطيب،2003 :16)

ويرى سليمان أن السلوك هو حصيلة حيوية تنتج عن تفاعل الجوانب الرئيسية فـي الشخصـية الفردية للإنسان وهى :

1. الكيان الجسمي العضوي للفرد بكل ما فيه من حواس وأعصاب وعضلات وأحشـاء فـي مستواها من الصحة والسقم (المرض) ومن القوة والضعف.
2. الدوافع الانفعالية الشعورية واللاشعورية من محبة وكراهية ورضا وغضب وفرح وحزن وسماح أو حقد.

3. العمليات العقلية(الذهنية) الدنيا العليا من إدراك وتصور وفهم وتعليم ونسيان وتخيل وتذكر وتفكير وإبداع.

4. البيئة الاجتماعية وما فيها من تجمعات وعلاقات وتعاون وصداقة وعداء.

5. القيم الخلقية والمفاهيم الروحية والعادات والمعايير والمثل (سليمان،2005 :14).

السلوك السوي والسلوك الشاذ:

قبل الخوض في التعرف على تفاصيل المشكلات السلوكية، لابد من التعريج على السلوك السوي العادي والسلوك الشاذ المنحرف غير العادي وتحديد ماهية كلاً منهما، والتعـرف علـى المعايير التي تحكم كلاً منها، وكذلك الأسباب المؤدية إلى الشذوذ، وتكمن أهمية ذلك في اعتمـاد المشكلات السلوكية على كل من السلوك السوي والسلوك الشاذ. فالسلوك بمثابة هـدفاً محوريـاً يدور حوله علم النفس من أجل دراسته وفهمه وتفسيره ومن ثم التنبؤ به حتى يتم ضبطه والتحكم فيه ،حيث يعرف السلوك بأنه كل ما يصدر عن الفرد من نشاط سواء كان ظاهراً أو خفياً، وهـذا السلوك ما هو إلا نتاج تفاعل واحتكاك الفرد مع البيئة المحيطة به من جهة ونتـاج مـا اكتسـبه وتعلمه من سلوكيات سواء كانت إيجابية أو سلبية وفق المعايير التي يحياها المجتمـع والثقافـة والمعايير الأسرية الأخلاقية والتربوية التي ينتابها وينمو في إطارها.

وبالنسبة لتحديد ماهية كل من السلوك السوي الشاذ يجزم معظم الباحثين والعلماء أنه من الصعوبة تحديد أو إصدار حكم على السلوك السوي أو الشاذ ويرجع ذلك لأن المسألة نسبية وليست مطلقة حيث تخضع للزمان والمكان وما يقره المجتمع والثقافة والدين .

ويؤكد ذلك (الظاهر،2004 : 81) حيث يرى أنه ليس سهلاً وصف السلوك أنه سوي أو غيـر سوي لأنها مسألة نسبية تخضع للزمان والمكان ، فقد يكون سلوكاً ما غير سـوي فـي الوقـت

الحاضر لكنه سوي عبر السنين السابقة، وقد يكو ن سلوكاً ما غير سوي في مجتمع ما، ولا يكون كذلك في مجتمع آخر وعلى سبيل المثال خجل البنت في المجتمع الغربي يعد سلوكاً غير سـوي بينما يكون سلوكاً سوياً إيجابياً في المجتمع الشرقي ، ويضيف المختصين أن السواء و واللاسواء مفهومان نسبيان في مراحل العمر المختلفة وفي الأزمنة المختلفة وفي الثقافات المختلفة ومن هنا ومن أجل هذه المسألة النسبية في تحديد السلوك السوي و اللاسوي وعدم الاتفاق على مفهوم واحد وتعريف جامع مانع لمفهوم السواء واللاسواء وذلك بسبب اختلاف المعايير والمجتمعات والثقافات وتطور المجتمعات، قام بعض الباحثين للخروج من هذه المعضلة بوضع مجموعة من الصفات أو المحددات للسلوك السوي (عباس والعنكبي،2001 : 230)

أبعاد السلوك المشكل:

أشار هربرت 1980 إلى أن الدراسات التي قام بها عدد من الباحثين الأمريكيين أثبتت وجود بعدين للسلوك المشكل:

البعد الأول مشكلات الشخصية:

وهي تلك المشكلات التي تتضمن أنماط السلوك التالية: الشعور بالنقص، وعـدم الثقـة بالذات ، والانسحاب الاجتماعي ، والنزعة للتهييج، والـوعي الـذاتي، و الخجـل، والقلـق ، واللامبالاة وعدم القدرة علي المرح، والاكتئـاب ، والـتحفظ، وفـرط الحساسـية، والخمـول والانعزال، وانشغال البال، ويرى الباحثون علي أن الأصل الانفعالي لهذا البعد يعود إلي الشعور بعدم الأمن أو الطمأنينة.

البعد الثاني مشكلات السلوك:

وهى تلك المشكلات التي تميل للظهور معاً والتي تتضمن الأنمـاط السـلوكية التاليـة التمرد، والتفكك، والصخب، والشجار وجلب الانتباه، وعدم السكون، والسلبية، وعدم الارتبـاط،

والتخريب، وسرعة الاستثارة، ونوبات الغضب ، وفرط النشاط وعدم احترام الآخرين ، وانتهاك حرمة المقدسات، والغيرة ، وعدم التعاون وغيرها ، واستنتج الباحثون أن هذه الأنماط السلوكية عبارة عن تحدٍ صريح للسلطة وسوء سلوك فأصبح يتضمن العدوان والضبط المحـدد للـذات ، وفي حالة مشكلات السلوك تعبر الدوافع عن ذاتها وتتحقق ويعانى المجتمع من جـراء ذلـك ، بينما في حالة مشكلات الشخصية تكبت الدوافع وتكف بشكل واضح والطفل هو مسرح المعانـاة (هربرت،1980: 49) .

السمات التي تميز السلوك السوي وتحدده:

يتميز السلوك بعدة مميزات تميزه وتحدده، ولعل من أهم ما يميز السلوك التالي:

1. العلاقة الصحية مع الذات:

تتمثل هذ ه العلاقة في ثلاثة أبعاد وهي : فهم الذات، وتقبل الذات ، وتطوير الذات، وفهم الذات يعني أن يعرف المرء نقاط القوة ونقاط الضعف لديه، وأن يفهم ذاته فهماً أقرب إلى الواقع فلا يبالغ في تقدير خصائصه وصفاته، ولا يقلل من قيمتها انطلاقاً من المفهوم النسبي العام، وإنه لا يوجد ما يخلو من بعض الجوانب السلبية، كما لا يوجد من هو عاطل كلية عن بعض الجوانب الإيجابية ، ثم يأتي البعد الثاني وهو تقبل الذات، أي أن يتقبل الفرد ذاته، بإيجابياتها وسلبياتها وألا يرفضها أو يكرهها، لأن رفض الذات أو كراهيتها سيترتب عليه عجز الفرد عن تقبل الآخـرين تقبلاً حقيقياً ،وتقبل الفرد لذاته لا يعني بالطبع الرضا السلبي عن الذات، بل إن هذا التقبل لا يمنع أن ينتقد الفرد ذاته أو يحاسبها، وأن يقيم سلوكه باستمرار،أما البعد الثالث فينبغي ألا يقنع الفـرد بتقبل ذا ته كما هي، بل عليه أي يحاول تحسينها وتطويرها، والتحسين أو التطوير يحدث بتأكـد جوانب القوة، ومحاولة التغلب على النقائص ومناطق الضعف، والتخلص من العيوب، أو التقليل من أثرها على الأقل . إذن فتقبل الذات مقدمة لتحسينها، لأن من يرفض ذاته لن يحاول تطويرها

بالطبع ، وفي المقابل السلوك اللاسوي يتضمن عدم فهم الذات أو عدم تقبلها أو عدم الرغبة فـي تحسينها ، كل هذه الأبعاد أو بعضها (كفافي،1990 : 27).

2. المرونة:

الشخص السوي قادر على التكيف والتوافق وظروف الحياة دائمة التغير لـذلك يضـطر الإنسان إلى أن يعدل استجابته أو يغير نشاطاته كلما تغيرت ظروف البيئة التي يعيش فيها، وقـد يحتاج في بعض الأحيان إحداث تغيير في البيئة ذاته ، وبالتالي فـإن المرونـة تعـد مـن أول مستلزمات الإنسان لكي يحيا حياة سوية والعكس صـحيح، إي أن التصـلب مـدعاة لحـدوث الاضطراب والتوتر وسوء التوافق (الظاهر ، 2004 :45).

3. القدرة على الاستفادة من الخبرة:

يتميز الإنسان السوي بقدرته على التعلم من الخبرة والاستفادة من التجارب الماضية وهو ما يفتقده الشخص العصابي أو المعادي للمجتمع (Antisocial).

4. القدرة على التواصل الاجتماعي:

تقوم حياه الإنسان على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، والشخص المتوافق اجتماعياً يشارك في ذلك إلى أقصى حد، وتتميز علاقاته الاجتماعية وتفاعلاته بالعمق والاقتراب والاستقلال في الوقت ذاته (يوسف،2000 : 23).

5. الواقعية:

الواقعية تعني التعامل مع حقائق الواقع، فالذي يحدد أهدافه في الحياة، وتطلعاته للمستقبل على أساس إمكانياته الفعلية وعلى أساس المدى الذي يمكن أن يصل إليه باسـتعداداته الخاصـة يعتبر فرد سوي، وهذا يعني أن السوي لا يضع لنفسه أهدافاً صعبة التحقيق بالنسبة له، حتـى لا

يشعر بالفشل، بل إنه يعمل على تحقيق ما يمكنه تحقيقه ، أي أنه يريد ما يستطيع، ويستطيع ما يريد ، وبذلك فهو يشعر بالنجاح ولذة تحقيق الإمكانيات، وفي المقابل فإن من يختار لنفسه أهدافاً سهلة التحقيق بالنسبة له، طلباً للشعور بالنجاح لا يسلك سلوكاً سوياً، فالواقعية هي أن ينظر الفرد إلى الحياة نظرة واقعية (عيسوي ، 1999 : 14).

6. الشعور بالأمن:

يشعر الفرد السوي بالأمن والطمأنينة بصفة عامة، وهذا لا يعني أن السوي لا ينتابه القلق ولا يشعر بالخوف ولا يخبر الصراع، بل أنه يقلق عندما يعرض له يثير القلق، ويخاف إذا ما تهدد أمنه، ويخبر الصراع إذا ما واجه مواقف الاختيار الحاسمة، أو بعض المواقف التي تتعارض فيها المشاعر ،ولكنه في كل الحالات السابقة يسلك السلوك الذي يعمل مباشرة على حل المشكلة ، أو يعمل على إزالة مصادر التهديد ويحسم الأمر باتخاذ القرار المناسب في حدود إمكانياته . وإذا كان الشعور بالآمن والطمأنينة هو القاعدة في حياة السوي الانفعالية، فإن الخوف والقلق والتوجس هي المشاعر التي تشكل أرضية الحياة الانفعالية لغير السوي، خاصة العصابي الذي يكون دائم القلق وتتحكم فيه المخاوف، وتستبد به مشاعر الدونية والنقص (بدوى، 1997 :25).

7. التوجه الصحيح:

عندما يعرض للشخص السوي مشكلة فإنه يفكر فيها، ويحدد عناصرها، ويضع الحلول التي يتصور أنها كفيلة بحلها، وهو في هذا يتجه مباشرة إلى قلب المشكلة، ويواجهها مواجهة صريحة ، وقد يعلن فشله إذا لم ينجح في حلها، وفي المقابل فإن السلوك غير السوي لا يتجه مباشرة إلى المشكلة، بل يعمد إلى الدوران حولها متهرباً من اقتحامها مباشرة.

8. التناسب:

التناسب من السمات الهامة التي تميز السلوك السوي، والتناسب يعني عـدم المبالغـة، خاصة في المجال الانفعالي ، فالسوي يشعر بالسرور والزهو والأسى والحزن والدهشة، وكـل الانفعالات الأخرى ولكنه يعبر عنها بقدر مناسب للمثيرات التي أثارها ، لذلك إن هناك تناسباً بين السلوك السوي والموقف الذي يصدر فيه السلوك ، أما السلوك غير السوي فيتضمن مبالغة فـي الانفعال، تزيد عما يتطلبه الموقف (كفافي،1990 :28).

أما الخصائص السوية التي تتميز بها الشخصية السوية عن الشخصية غير السوية من وجهة نظر كلاً من:(عباس والعنكبي،2001 : 233)

- التوافق.
- الشعور بالسعادة مع النفس.
- الشعور بالسعادة مع الآخرين .
- تحقيق الذات واستغلال القدرات.
- القدرة على مواجهة مطالب الحياة .
- التكامل النفسي.
- السلوك العادي المألوف .
- العيش في هدوء.

و من خلال ما تقدم يتضح أن السلوك السوي وغير السوي متعلم، وهنـاك دور كبيـر للمجتمع بمعاييره وقيمه وعاداته وتقاليده وثقافته في تحديد ذلك السلوك من حيث السواء وعـدم السواء، كما ويلعب الزمن دوراً في تحديد ذلك السلوك فما هو سوياً اليوم قد يصبح غير سوياً في المستقبل والعكس صحيح، فالسلوك السوي إن جاز التعبير هو السلوك الشائع المألوف والمتعارف عليه عند أفراد المجتمع، والذي يتوافق مع عادات وتقاليد وثقافة المجتمع، ويتسم هـذا السـلوك السوي بمجموعة من السمات كالمرونة، والعلاقة الصحية مع الذات، والاستفادة مـن الخبـرة، التواصل الاجتماعي، الواقعية، الشعور بالأمن، التوجه، التناسب ، بينما على الطـرف الآخـر السلوك غير السوي الخارج عن المألوف وغير المتعارف عليه ولا يتسم بالسمات السابقة.

ويؤكد (العزة،2002 : 13) علي أن السلوك السوي هو السلوك الشائع في المجتمع بين أكثرية أفراده أو ما هو متداول والأكثر تكراراً من سواه.

معايير السلوك السوي والسلوك الشاذ:

يرى (الظاهر،2004 : 84) أنه لتحديد المشكلات السلوكية أو السلوك الشاذ لابد من وجود معايير ومن هذه المعايير:

1. انحراف السلوك عن المعايير المقبولة اجتماعياً واختلاف معايير الحكم على السلوك باختلاف المجتمعات والثقافات والعمر والجنس.
2. تكرار السلوك وهو عدد مرات حدوث السلوك في فترة زمنية معينة حيث يعد السلوك غير سوي إذا تكرر حدوثه بشكل غير طبيعي في فترة زمنية معينة.
3. مدة حدوث السلوك حيث تكون بعض أشكال السلوك غير عادية، لأن مدة حدوثها قد تستمر فترة أطول بكثير أو أقل بكثير مما هو متوقع.
4. طبوغرافية السلوك وهو الشكل الذي يأخذه الجسم عندما يقوم الإنسان بالسلوك.
5. شدة السلوك حيث يكون السلوك غير عادي إذا كانت شدته غير عادية، فالسلوك قد يكون قوياً جداً أو ضعيفاً وفق الزمان والمكان.

مفهوم المشكلات السلوكية:

قبل البدء بتعريف المشكلات السلوكية لابد من الإشارة إلى أنه لا يوجد خط فاصل بين السلوك السوي والسلوك اللاسوي وكذلك لا يوجد تعريف جامع لمفهومي (السوي اللاسوي) وذلك بسبب اختلاف المعاير التي قد يستند إليها،وهذا ويواجه الباحثون في كثير من الأحيان مشكلات وصعوبات جمة عند تعريف أحد المفاهيم في دراساتهم علي اختلافها، غير أن مكمن هذه المشكلات والصعوبات التي تعترض الباحثين ليست الصعوبة في حد ذاتها، فأحياناً تنجم الصعوبة

عن قلة التعريفات المتاحة نظراً لجدة وحداثة الموضوع، وفي أحيان أخري يكون تعدد التعريفات وكثرتها ووجود العديد من التناقضات والاختلافات في هذه التعريفات وبدرجة يصـعب معهـا اختيار أحد هذه التعريفات و تبينها حسب المدارس والاتجاهات .

و يؤكد(الظاهر،2004 : 75) علي أن المشاكل السلوكية ليست نوعاً واحداً أو درجة واحدة، وإنما هي أنواع متعددة ودرجات متباينة، ومن هنا يأتي صعوبة إيجاد تعريف يتفق عليـه المهتمون، حيث أن كل مختص يعرفه برؤيته الخاصة ، وبالفعل هذا ما واجهه الباحث عند إلقاء الضوء حول ماهية المشكلات السلوكية، فالمشكلة ليست ناتجة عن قلة في التعريفات بالرغم من حداثة الموضوع، وإنما ناتجة عن تعدد التعريفات واختلافها فكل يعرف حسب اختصاصه (المعلم، الطبيب، رجل القانون، الأخصائي النفسي، ...)،وحسب الاتجاه أو المدرسة التي ينتمـي إليهـا (السلوكية، التحليلية، البيئية، البيوفسيولوجية)، وكذلك حسب المعيار أو المحـك (الاجتمـاعي، الإحصائي،النفسي، الذاتي ...) لذلك ظهرت تعريفات ومسميات متعددة.

ويشير(القاسم و آخرون،2000 : 13) إلى أن كون المشكلات السلوكية ميداناً جديداً تم البحث فيه في العقدين السابقين على وجه الخصوص، إلا أنه اختلف الاختصاصين والتربويون في تحديد تعريف واحد واضح له عدا أنهم اختلفوا في التسميات لهذا الميدان، حيث أطلقوا عليه عـدة مصطلحات ، ويؤكد (يحيى،2000 : 15) علـى تعـدد التعريفـات التـي تطرقـت لتحديـد الاضطرابات والانفعالية وتعريفها لدى كل فرد من الأفراد والشباب التي حددت من قبل الأطباء، والأطباء النفسيين، والمربين، و الأخصائيين النفسيين والقانونيين ، هذا وقد استخدمت تسـميات وتعريفات تتعلق بالمشكلات السلوكية منها:

سوء التكيف الاجتماعي Social Maladjustment

الاضطرابات الانفعالية Emotionally Disturbances

الاضطرابات السلوكية Behavior Disorder

الإعاقة الانفعالية Emotionally Handicap

الانحراف (الجنوح) Delinquent

يرى الباحث أن المدقق بالتسميات السابقة المتعلقة بالمشكلات السلوكية على اختلافها يجد أنها مشتقة من السلوك اللاسوي (السلوك الشاذ) ، ولكن من خلال استعراض وتفحـص التـراث الأدبي للمشكلات السلوكية تبين أن أكثر المصطلحات تداولاً وتناولاً فيما بين البـاحثين همـا : الاضطرابات السلوكية ، والمشكلات السلوكية ، لذلك هذان المصطلحان أو التعريفان هما اللذان سوف يتم توجيه الاهتمام بهما خلال الدراسة.

أسباب عدم وجود تعريف واحد متفق عليه بشكل عام للمشكلات السلوكية:

1. عدم توافر تعريف متفق عليه للصحة النفسية.
2. صعوبة قياس السلوك والانفعالات.
3. تباين السلوك والعواطف.
4. تنوع الاتجاهات النظرية والأطر الفلسفية المستخدمة.
5. اختلاف وجهات النظر إزاء السلوك المضطرب من مجتمع لآخر ومن ثقافة لثقافة.
6. تباين الجهات والمؤسسات التي تصنف الأطفال المضطربين (العزة،2002 : 31).

وللتعرف على التعريفات الخاصة بالمشكلات السلوكية يود الباحث و ضعها في مجموعات تخضع لمعايير لتسهيل التعرف عليها ودراستها كما اقترح كلٌ من (السرطاوي وسيسالم، 1997: 44):

أولاً التعريفات التي تتبع المعيار الاجتماعي:

للسلوك الإنساني عدة معاير تضبطه وتحكمه ، ومن خلال يمكن تعريفه وضبطه ، ولعل من أهم هذه المعاير ، المعيار الاجتماعي :

تعريف(هيوت1968 ,Hewett): يري أن الطفل المضطرب سلوكياً هو الفاشل اجتماعياً والذي لا يتوافق سلوكه مع السلوك السائد في المجتمع الذي يعيش فيه وهو الذي ينحرف سلوكه عما هو متوقع بالنسبة لعمره الزمني وجنسه ووصفه الاجتماعي بحيث يعتبر هذا السلوك سـلوكاً غيـر متوافق ويمكن أن يعرض صاحبه لخطر في حياته (القاسم وآخرون، 2000 : 15).

تعريف روس (**Ross, -1974)** :الاضطراب السلوكي هو اضطراب سيكولوجي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك السائد في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد (يوسف، 2000 : 30).

تعريف كوفمان هولهان (1977 ، Kauffman) : الأطفال المضطربون سلوكياً هم أولئـك الذين يستجيبون لبيئتهم بطريقة غير مقبولة اجتماعياً أو مرفوضة شخصياً بشكل واضح ومتكرر ولكن يمكن تعليمهم سلوكاً اجتماعياً وشخصياً مقبولاً ومرضياً.

تعريف سلامة: المشكلة السلوكية سلوك متكرر الحدوث وغير مرغوب فيه يثير استهجان البيئـة الاجتماعية (موسى والصباطي،1993 **:** 37).

تعريف(زكي،1985) : المشكلات السلوكية هي جميع التصرفات والأفعال غير المرغوبة التي تصدر عن الطفل بصفة متكررة ولا تتفق مع معايير السلوك السوي المتعارف عليه فـي البيئـة الاجتماعية والتي تنعكس علي كفاءة الطفل الاجتماعية والنفسية.

تعريف (عبد الغفار والشيخ ،1985) : الطفل المضطرب هو الطفل الذي لا يستطيع أن ينشئ علاقات اجتماعية سليمة وفعالة مع غيره ويتصف سلوكه بأنه غير مرغوب فيه وغير مثمر.

ثانياً التعريفات التي تتبع المعيار النفس- اجتماعي:

تعريف(هارينج وفيليبس1962) Haring & Philips: الأطفال المضطربون انفعالياً هم الذين يعانون من مشاكل صغيرة أو كبيرة مع الناس الآخرين والزملاء والآباء والمعلمين، وهم يتصفون بأنهم غير سعداء وغير قادرين على العمل مع أنفسهم بصورة تتناسب مع قدراتهم واهتماماتهم، وبشكل عام فانه يمكن القول بأن المضطرب انفعالياً لديه معايير فشل كبير في الحياة بدلاً من معايير النجاح(الظاهر،2004 : 75)**.**

تعريف جروبر(Grauber , 1973) : ويعرف الاضطرابات السلوكية بأنها مجموعة من أشكال السلوك المنحرف والمتطرف بشكل ملحوظ، وتتكرر باستمرار وتخالف توقعات الملاحظ وتتمثل في الاندفاع والعدوان والاكتئاب والانسحاب (يوسف، 2000 **:** 31).

تعريف سميث ونيثورت (Smith & Nuothtr (1975 : استخدم كل من سميث ونيثورت مصطلح سوء التكيف الاجتماعي للدلالة على الاضطرابات السلوكية، وأشارا إلى أن مشاكل التكيف تنقسم إلى قسمين كبيرين هما : الاضطراب الانفعالي و سوء التكيف الاجتماعي، فغالبا ما نجد أي فرد من الأفراد يمر بخبرات من سوء التكيف في الحياة، وان مثل هذه الخبرات تكون عادية إذا ما استمرت لفترة زمنية قصيرة ولم تتكرر ، فالاضطراب الانفعالي هو مصطلح عام يستخدم للدلالة على حالات كثيرة محددة بدقة مثل الأمراض العقلية، والذهان، والعصاب، والمخاوف المرضية، والاجترارية (التوحد) وغيرها، وأن كل واحدة من هذه الاضطرابات لها خصائصها التي تفصلها وتميزها عن غيرها، وبوجه عام فان الأطفال الذين يظهرون أنماطاً من الاضطرابات الانفعالية غالباً ما يكونون عدوانيين، أو انسحابيين، أو كليهما معاً، ولا تتمثل

مشكلتهم الأساسية بالخروج عن القواعد والعرف والثقافة الاجتماعية فقط، بل أنهم أيضاً عادةً ما يكونون أفراداً غير سعداء ، أما سوء التكيف الاجتماعي فيشتمل على السلوك الذي يخرج عن القواعد الاجتماعية، فالسلوك قد يكون مقبولاً في إطار ثقافة الطفل المحلية ولكنه قد لا يكون مقبولاً في مجتمع آخر.

تعريف نيوكمر (1980) الاضطراب الانفعالي هو الانحراف الواضح والملحوظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته، ويستدل علي وجود الاضطراب الانفعالي عندما يتصرف الفرد تصرفاً يؤذي نفسه والآخرين(القاسم وأخرون ،200 **:** 17616).

تعريف(حمودة، 1991)الاضطراب السلوكي هو النمط الثابت والمتكرر من السلوك العدواني أو غير العدواني أو غير العدواني الذي تنتهك فيه حقوق الآخرين أو قيم المجتمع الأساسية أو قوانينه المناسبة لسن الطفل في البيت أو المدرسة ووسط ا لرفاق وفي المجتمع ،علي أن يكون هذا السلوك أكثر من مجرد الإزعاج المعتاد أو مزاجات الأطفال والمراهقين.

تعريف(العمران وعبادة ،1993)المشكلات السلوكية هي تلك المشكلات التي يعاني من الأطفال في الجانب السلوكي كما يدركها الوالدان وهذه المشكلات هي : العناد والتمرد والعدوانية، والسرحان وأحلام اليقظة، والغضب، النشاط الزائد والعادات الاجتماعية الغير المرغوب فيها، الانطواء، اضطرابات النوم الكذب السرقة، الغيرة الأنانية، قضم الأظافر التحصيل المتدني.

تعريف (قمر، 2002) مشاكل السلوك بوجه عام هي اضطرابات السلوك التي تحدث للفرد وتسبب إزعاجاً له وتحتاج إلى علاج سلوكي لإزالة أسباب اضطرابات وإعادة التعليم والتكيف.

ثالثا التعريفات التي تتبع المعيار التربوي:

تعريف هويت وفورنس(Hewett,& Forness): يري أن الطفل المضطرب سلوكياً هو طفل غير منتبه في الفصل، و غير منسجم وغير مطلع لدرجة تجعله يفشل باسمرار في تحقيق توقعات المدرس أو المدرسة (الظاهر،2004 **:** 77**)**.

تعريف وودي(Wood ،1969): يري أن الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعاليـاً بـأنهم غيـر القادرين علي التوافق والتكيف مع المعاير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول مما يـؤدي إلـى تراجع مستواهم الدراسي ، والتأثير علي علاقتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصـف ، كما أنهم يعانون من مشكلات الصراعات النفسية وكذلك بالتعلم الاجتماعي(يحيى،2000 ، 17).

تعريف بارو(Bower , 1969) : يري أن الأطفال المضطربين سلوكياً علي أنهم الذين يظهرون واحدة أو أكثر من الخصائص التالية بدرجة ملحوظة ولفترة زمنية طويلة نسبيا ومنها :

1. عدم القدرة علي التعليم التي لا يمكن تفسيرها في ضوء خصائص الأطفال الجسدية والصحية.
2. عجز الأطفال عن بناء علاقات اجتماعية مع غيرهم من الأطفال أو الراشدين والمعلمين
3. ظهور أنماط سلوكية وعواطف مناسبة في الظروف العادية.
4. لديهم شعور بالحزن والاكتئاب.
5. المعاناة من أعراض جسمية ومخاوف فيما يتعلق بالمشاكل الصحية (العزة ،2002: 37)

تعريف(روافه وآخرون ،1998) : يقصد بالمشكلات السلوكية بأنها السـلوكيات التـي تثيـر الشكاوي أو التذمر لدي الفرد أو أهله أو العاملين في المؤسسـة التربويـة (المدرسـة) والتـي تستوجب تقديم النصح أو الإرشاد من المختصين للتغلب علي تلك المشكلات ، وكأمثلة علي ذلك الخجل والغياب، والهروب، وعدم الانضباط ، وعدم الثقة بالنفس، العدوانية وغيرها.

تعريف(أبو عليا وملحم، 1998) :هي فئات (مجالات) من السلوك السلبي غير المناسب الـذي يكشف عن مدي وجود عند الطلبة ذوي الصعوبات الأكاديمية.

تعريف(محمود و أحمد ، 2002) : يقصد بالمشكلات السلوكية نواحي عجز أو قصور في طرق استجابة التلميذ للمثيرات المقدمة إليه، تلك التي تعبر عن نفسها في صورة عجز التلميذ عن التعلم

رابعاً التعريفات التي تتبع المعيار القانوني:

تعريف كراكوس وميلر (kuaraceus & miller) : حيث استخدموا مصطلح جنوح الأحداث للدلالة علي الاضطرابات السلوكية ، وقد عرف جنوح الأحداث من الواجهة القانونية بأنه عبارة عن سلوك يصدر من الصغار ينتهكون فيه معايير وقوانين عامة أو معايير مؤسسات اجتماعيـة خاصة وذلك بشكل متكرر وخطير بحيث يستلزم إجراءات قانونية ضد من قاموا بهذه الانتهاكات سواء كانوا أفراد أو جماعات ويشير التعريف إلى أربعة متغيرات معتمدة عند وصـف الحـدث بالجنوح:

- خطورة الانتهاك أو المخالفة.
- شكل الانتهاك أو نوعيته
- سلوك الفرد السابق وشخصيته(القاسم وآخرون،2000 **:** 19)**.**

تعريف ديفش ونيل(1994، Davisns & Neal) : ويطلق عليها اضـطرابات التصـرف أو المسلك ويعرفها بأنها أنماط من العناد المفرط لدي الصغار وتشمل السرقة والتخريب المعتمـد، والكذب والتعاطي المبكر للمخدرات، وقد يكون جزء من مقدمات الشخصية المعادية للمجتمع.

تعريف كـازدين (Kazdin, 2000) : استخدم كازدين العديد من المصطلحات للدلالـة علـي الاضطرابات السلوكية منه ا :السلوكيات المضادة للمجتمع، واضطرابات السـلوك والجنـوح ، ويعرف الاضطراب السلوكي بأنه أي نمط سلوكي يمثل أو يعكس خرقاً لقاعدة اجتماعية مـا أو

أفعال معينة توجه ضد الآخرين أو كليهما معاً مثل العراك أو الشجار، والكـذب وغيرهـا مـن السلوكيات مع الآخرين سواء كانت تتسم بالحدة أم لا.

خامساً التعريفات التي تتبع المعيار الإحصائي:

تعريف شيا(She 1978) : حيث اعتمد بشكل أساسي علي المعيار الإحصائي في تعريفه للطفل المضطرب سلوكياً ، حيث يري الطفل المضطرب انفعالياً هو الذي يتراوح معدل انخفاض سلوكه عن المتوسط (الظاهر،2004 : 76) .

تعريف يوسف : **(2000)** يري أن الطفل يعتبر مضطرب سلوكياً إذا أبدي سلوكاً إيجابياً (أقل) أو سلبياً (أعلي) من درجة جوهرية عن أقرانه.

أما دبيس وزملاؤه(2002) فيعرفون المشكلات السلوكية من خلال المنحنى البيئي الذي يأخذ في اعتباره مختلف البيئات التي يتواجد بها الطفل سواء كانت بيئة الأسـرة أو المدرسـة أو حتـى التفاعلات الاجتماعية مع الأقران ، وفى هذا الإطار يعرفون المشكلات السلوكية عند الطفل بأنها مجموعة المظاهر السلوكية غير التوافقية التي تصدر عن الطفل في مختلف المواقف وتسبب له مشكلات داخل وخارج المنزل والمدرسة وفى علاقاته بوالديه وإخوته وزملائه ومعلميه وأقرانه. (دبيس،2002: 152).

يرى الباحث أن أهم ما تشير إليه التعريفات السابقة على اختلافها ما يلي:

1. السلوك المضطرب هو سلوك غير مقبول ومتعارف عليه اجتماعياً.
2. السلوك المضطرب يتصف بالتكرار والثبات.
3. السلوك المضطرب يمكن تعديله.
4. السلوك المضطرب يشكل خطراً علي الفرد والآخرين ويؤدي للوقوع في مشاكل في حياته.

ومن خلال التعريفات السابقة يمكن القول أن الطفولة في مراحلها المختلفة المبكرة ، والوسطى ، والمتأخرة لا تخلو من وجود مشكلات سلوكية منها ما هو مؤقت يزول بزوال المراحل النمائيـة ومنها ما يبقى ويستمر نتيجة لما يواجهه الطفل من إحباطات وخبرات فشل نتيجة ما يقـوم بـه الآخرون من ردود أفعال سلبية نحوه ، ويلخص الباحث فى الجدول التالي أهـم الفـروق بـين مصطلح المشكلات السلوكية ومصطلح الاضطرابات السلوكية من واقع تعريفات كل منهما .

يوضح المقارنة من خلال التعاريف بين المشكلات السلوكية والاضطرابات السلوكية

المشكلات السلوكية	الاضطرابات السلوكية
قد يظهر على شخص عادى	تظهر على الشخص المضطرب سلوكياً
عادة تكون منحرفة نسبياً عن المعايير الاجتماعية	عادة تكون منحرفة كلياً عن المعايير الاجتماعية
طبيعية الظهور أثناء عملية التنشئة والتعلم	ليست طبيعية الظهور أثناء عملية التنشئة والتعلم
لا تظهر بشكل دائم ومستمر	إذا ظهرت فأنها غالباً تستمر
لا يتفق غالباً على السلوك أنه يشكل مشكلة	يتفق غالباً على السلوك على أنه اضطراب سلوكي
تصعب ملاحظة المشكلة السلوكية	يسهل ملاحظة الاضطراب السلوكي
لا تسبب الفشل المستمر والإحباطات المتكررة	تسبب الفشل المستمر والإحباطات المتكررة
إذا أهملت قد تتطور إلى اضطرابات سلوكية	تشكل خطورة حقيقية على الفرد والمجتمع والنظام

وقد يتساءل الآباء والمربون عن العمر الذي يمكن التمييز فيه بين السلوك العادي المتوقع من الطفل والسلوك غير العادي مثل العناد والغضب وحب المشاجرة (عيسوي،1990: 55).

ويتفق علماء النفس التربويين بوجه عام ، وكذلك اختصاصي الأمراض النفسية عند الطفل على أن العمر الذي يمكن أن يقيم فيه سلوك الطفل في العناد والغضب وحب المشاجرة بأنه طبيعـي

إذا كان عمر الطفل بين السنة الثانية والسنة الخامسة من العمر ،أما إذا تعدى الطفل سن الخامسة من عمره فإنه يمكن النظر لغضب الطفل وعناده وحب المشاجرة على أنها نوعاً من المعاناة النفسية للطفل ناتجة عن عدم التكيف الفعلي عنده، وقد يكون عدم التكيف عند الطفل ناتجاً عن صدمة نفسية أو مؤشرات غير سليمة مر بها الطفل ، إما في محيطه الأسري أو محيطه المدرسي، أو البيئي بوجه عام.

تاريخ الاهتمام بالمضطربين سلوكياً وانفعالياً :

لقد تم التعرف علي الاضطرابات السلوكية والانفعالية عبر التاريخ، ومع ذلك فقد اختلف هؤلاء حول تحديد الأسباب، واعتقد البعض أن بهم مسا من الشيطان ، أو أنهم أقدموا علي سلوكيات خاطئة، أو أنهم كسالي، واعتقدت المجتمعات أن هذه السلوكيات معدية، وعكست طريقة العلاج هذه المعتقدات التي تضمنت العقاب الشديد، والحبس ، والضرب ، والتقييد بالسلاسل وغيرها ،لقد أنشئت أول مؤسسة للعناية بهم في لندن عام 1547 ، وكانت تعرف رسمياً باسم القديسة مريم في بيت لحم،وأصبح يدعى Bedlam ويدل هذا المصطلح الآن علي المكان ذي الصوت العالي ، حيث تم تقييد الأفراد وضربهم وتجويعهم ، واعتبرت زيارة المؤسسة من الوسائل الترفيهية للعائلة وللأطفال، وبدأ التغير في القرن الثامن عشر بفضل الأفراد المتطورين مثل(Philippe pinel)وهو طبيب أمراض نفسية، وقد أمر عام 1792 بالتغير الإنساني، حيث منع تقييد المرضي النفسيين في مصحة في باريس ،وظهر التطور فى الولايات المتحدة الأمريكية في تشخيص الأطفال والبالغين ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية سنه 1800وعلاجهم، حيث اعتبر بينجامين (أبو الطب النفسي الأمريكي)إذ أنه أقترح طرقا أكثر إنسانية في علاج هؤلاء ، وهو من بين الأفراد الذين وقّعوا علي وثيقة الاستقلال ،ومن مؤسسي الجمعية الأمريكية ضد العبودية ، وفي القرن التاسع عشر ، عمل

ساميئول هيوي(Samuel Howe) علي تحسين طرق علاج المرضي العقليـين ، وسـاهمت دورثي دكس(Dorthed Dix)في إنشاء مؤسسات حكومية للعناية بالمرضي العقليين في عـدد من الولايات، وفي عام 1844 تم إنشاء هيئة الأطباء المشرفين علـي المؤسسـات الأمريكيـة للمرضي العقليين التي تدعي الآن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية، ومع الأيام فقد الأمل الذي أنشئت من أجلة هذه المؤسسات وأصبحت فقط لحماية هؤلاء الأفراد، وفي نهاية 1800 ظهرت في المدارس الصفوف التي تعتني بالأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية وقبل ذلك لـم يحصـل الأطفال علي أي خدمات (الظاهر ،2004 : 25).

وفي عام 1871 فتح صف للطلاب المشاغبين في كـانتيكي ، وفـي عـام 1909أنشـأ وليـام هيلي(William Healy)مؤسسة للعناية بالأطفال الأحداث المرضي النفسين في شيكاغو ، وقد أجري أوجستا وبرونر (Augustab,Bronner) دراسات مهمة حول انتهاكات الأحداث.

وساهمت نظريات فرويد 1856 - 1939 وابنته أنا فرويد(Anne)في التأثير علـي التعلـيم وعلاج الأطفال ذوي الاضطرابات السـلوكية والانفعاليـة ، وفـي القـرن العشـرين أيقـن المتخصصون بأن الأطفال بحاجة إلي برامج ومعلمين وطرق تدريس خاصـة قـادت لوريتـا بندر(laurettaBender)إلي التطور في الخدمات التربوية المقدمة لهم ، وأحدث مفهوم (البيئـة الكليـة مـن العطـف والعـلاج للمرضـي النفسـين) ثـورة عنـدما نـادي بهـا كـارل مينجر(KarlMenninger)مع أبيه وأخيه (عيسوي ، 1999 : 18).

بدأ برونو بيتلهيم(BrunoBettelheim)عمله مع الأطفال المعوقين انفعاليا إعاقة شـديدة عـام 1944 في جامعة شيكاغو ، واستمر في اسـتعمال فلسـفته حـول البيئـة العلاجيـة 1940- 1950بدأت في الظهور مراكز إقامة للعناية بالأطفال المتعبين(ذوي المشكلات السلوكية)وفـي عام1947صدر كتاب بعنوان طبيعة مرض وتعليم الأطفال ذوي إصـابات الـدماغ ليسـتراس

وليتنين(Strass and Lehtinen) قدما في طريقة لتنظيم تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية ، ثم ظهرت عدد كتب ونشرات جديدة ما بين 1960 -1970، كما توفرت نتائج الأبحاث حول تعليم هؤلاء الأطفال، وطور وليم كروكشانك ورفاقه خطوات عمل محددة داخل الغرفة الصفية، وفي عام 1962 نشر كتاب ليفيلبس وهارينج حول تعليم الأطفال المضطربين سلوكياً والمعاقين انفعالياً مؤكداً علي مبادئ السلوكيات البيئية المنظمة والتفاعل بين الطفل والبيئة والمدرسة والبيت (همام ، 1984 : 65).

وظهرت عدده نشرات عام 1967 حول ما تم من خلال تدريس وتعليم الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والإعاقة الانفعالية .

وطور إيلى بور تعريف الاضطرابات السلوكية 1962 ، والذي لا يزال يستعمل . نيكولوس هوبز استلم مشروع 1960 طور فيه مفهوم البيئة ، وأكد أن علي الأطفال العيش في بيئة كاملة أما فرانك هيوت فقد طور وقدم نموذجاً لغرفة الصف بحيث يساعد فيه تطبيق نظريات السلوك .

وفي عام 1965 نشر كتاب لنيومان ومورس حول الصراع داخل غرفة الصف، وقدم عدة طرق لتدريس هؤلاء الطلاب ، واستخدمت في الجامعات لتدريب المعلمين .

كما قدم رودس وتريسي(Rodes & Tersey 1972) أعمالاً حول نماذج لمفاهيم تعليم الأطفال المضطربين وقد ساهمت أعمالهم في توضيح الآراء والممارسات المختلفة التي كانت موجودة في ذلك المجال ، واستمر التطور في تعليم الأطفال ، ولكن لا تزال هناك حاجة إلي تعريف أكثر دقة وعلي التربية الخاصة إيجاد حل حول ملابسات قضية سوء التكيف الاجتماعي وحول قلة عدد الطلبة الذين يتلقون خدمات التعليم، إن استمرار التطور في التعليم وعلم النفس والطب والتكنولوجيا سيساعد كثيرا من الأطفال علي الاستفادة من التعليم والعيش بشكل مناسب ومرض (يحيى،2000: 20).

نسبة انتشار المشكلات السلوكية:

من الصعوبة تحديد نسبة انتشار المشكلات السلوكية والانفعالية وذلك بسبب عدم وجـود تعريف واضح ومتفق عليه للمشكلات السلوكية وكذلك بسبب اختلاف معايير السلوك السـوي أو السلوك المضطرب من مجتمع إلي آخر وهذا أكده كلا من (العزة، 2000) ،و(يحيي، 2000)، و(القاسم وآخرون،2000). ويري (كازدين،2000 : 25) أنه عنـد فحـص مـدي انتشـار الاضطراب السلوكي أو نسبة أولئك الذين يعانون من اختلال في الأداء الوظيفي في عـدد مـن الدراسات وذلك باستخدام محكات تشخيصية مقننة وأساليب مختلفة للتقييم تراوحت قيم معـدلات انتشار الاضطراب السلوكي بين الأطفال و تتراوح أعمارهم ما بين (4 سنوات إلي 18 سنة) بين(2 % - 6%) تقريباً وذلك وفقاً للإحصائيات التي أصدرها المعهد الصحي بالولايات المتحدة الأمريكية عام 1989 وهذا يعني أن ما بين(1.3 - 3.8) مليون طفلاً يظهرون اضـطرابات سلوكية، ويضيف قائلاً :ومع ذلك من الصعب أن نحدد عدد الأطفال الذين لـديهم اضـطرابات سلوكية في سن معين (الشخص ، 1985 : 87).

تصنيفات المشكلات السلوكية : Classification

قبل البدء بالحديث عن تصنيف المشكلات السلوكية لابد من توضيح أهميـة التصـنيف ومفهوم التصنيف بمعناه العام ، فكثيراً من الناس يستخدمون التصنيف بشكل تلقائي ودون معرفة سابقة بماهية التصنيف وأهميته والفوائد الناتجة عنه، فربة المنزل تستخدم التصنيف فـي بيتهـا عندما تقوم بترتيب أدوات المطبخ و الملابس مثلاً، وهذا هو الحال بالنسـبة لصـاحب السـوبر ماركت في متجره والعامل في مصنعه، هذا ويختلف التصنيف في مجال العلم عـن التصـنيف بمعناه السابق حيث يستخدم بشكل علمي مدروس.

مفهوم التصنيف:

يعرف(كولز،1992 : 64) التصنيف بأنه :عملية التقليل من تعقد الظواهر ترتيبها في فئات طبقات لبعض المعايير الموضوعة لهدف واحد أو أكثر.

مفهوم تصنيف المشكلات السلوكية :

هو المساعدة في تنظيم المعوقات التي من شأنها أن تساهم في وصف ا لظاهرة السلوكية وتحديد أبعادها مما يؤدي إلى إمكانية تقديم الخدمات العلاجية المناسبة للطفل الذي يعـاني مـن اضطرابات في السلوك (القاسم وآخرون،2000 : 71).

وبالحديث عن تصنيف المشكلات السلوكية يمكن القول بأنه إذا لم يكن هناك عـدم اتفـاق علـى تعريف محدد للمشكلات السلوكية فإنه من المؤكد عدم وجود اتفاق على تصنيفاً واحداً متفق عليه الجميع ،وهذا ما يؤكد عليه(كازدين،52:2000) حيث يعتبر أن تشخيص المشكلات السـلوكية والانفعالية أصعب من تشخيص المشكلات الجسمية.

أما(الطحان، 1972) فيشير إلى أن حصر المشكلات التي تواجه الأفراد أمـر عسـير وصعب على أي دارس لهذه المشكلات للإحاطة بها نظراً لتعدد جوانب الحياة لذا يراعى أنه من الضروري القيام بتصنيف تلك المشكلات إلى مجالات متعددة لان ذلك بدوره يؤدي إلـى دقـة التشخيص وسهولة المقارنة بين مشكلات الطلاب ويؤدي ذلك إلى سهولة مقارنة النتائج المختلفة (موسى والدسوقي ،2000: 14).

ومن أهم التصنيفات التي انتشرت في مجال المشكلات السلوكية:

1. تصنيف منظمة الصحة العالمية (WJHO) :

بحلول عام(1948) أحرزت منظمة الصحة العالمية التصنيف الدولي للأمراض والذي يختص الباب الخامس منه بالأمراض العقليـة International Classification of Diseases

والمعروف اختصاراً I.C.D ، وقد روجع هذا الدليل عدة مرات، وبالوصول إلى عـام(1968) كانت الطبعة الثامنة فيه قد أقرت وقسمت التشخيصات الواردة فيها إلى ثلاث مجموعات هي :

(الذهان والعصاب واضطراب الشخصية، اضطرابات عقلية أخرى غير ذهنية، التأخر العقلي)

ثم روجعت هذه الطبعة وظهرت الطبعة التاسعة عام (1987) وظلت تسـتخدم حتـى عـدلت عام (1991) وظهرت الطبعة العاشرة 10 I.C.D عام(1992) والتي تستخدم فـي الوقـت الراهن وتشمل على قائمة بالصفات ثلاثية الصفة وتبدأ من صفر حتى99 (يوسف،2000 :45).

2. تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) :

يعتبر دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders . والذي يعـرف اختصـاراً DSM ، والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA من أكثـر الأنمـاط التصـنيفية استخداماً على مستويات العالم، وقد تمت مراجعته عدة مرات وتعرض للتطوير عدة مرات منـذ ظهوره عام 1952 ، فكانت الطبعة الذاتية منه عام1968 ، والطبعة الثالثة عام1980 ، والطبعة الثالثة المعدلة عام1987 ، ثم الطبعة الرابعة عام1994 (كازدين،2000 : 54).

والمحاور التي يتضمنها الدليل هي:

المحور الأول : الاضطرابات الإكلينيكية والحالات الأخرى التي تستدعي الاهتمام الإكلينيكي.

المحور الثاني : اضطرابات الشخصية والتأخر العقلي.

المحور الثالث : الحالات الطبية العامة.

المحور الرابع : المشكلات النفسية الاجتماعية والبيئية.

المحور الخامس : الفحص الإجمالي للأداء (يوسف ،2000 : 48).

3.التصنيف الطبي:

اعتمدت معظم التصنيفات القديمة للاضطرابات السلوكية على الأسلوب الطبي، ومن أبرز هذه التصنيفات تصـنيف كانفروساسـلو(1967 , conifer and saslow) حيـث صـنف الاضطرابات السلوكية إلى ثلاث فئات هي:

التصنيف على أساس الأمراض : ويتضمن هذا التصنيف تجميع الاضطرابات السـلوكية طبقـاً لأسبابها المرضية الشائعة والمعروفة.

التصنيف على أساس الاستجابة للعلاج : وفق هذا التصنيف فإنه يـتم تجميـع الاضـطرابات السلوكية حسب درجة استجابتها للعلاج.

التصنيف على أساس الأعراض : يعتمد هذا التصنيف على ما تشمل عليه الاضطرابات السلوكية من أعراض أو مظاهر جسمية ملازمة لهذه الاضطرابات (القاسم وآخرون،2000 : 20).

4.التصنيف حسب شدة الاضطراب:

حيث قام وودي (woody , 1969) بتصنيف المشكلات السلوكية إلي:

الإضرابات السلوكية البسيطة:

وتضم الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية ويمكن للمعلم في المدرسة أن يقـدم لهـم المساعدة من خلال البرامج الإرشادية.

الاضطرابات السلوكية المتوسطة :

وتضم الأطفال الذين يعانون من مشاكل، ولكن يحتاجون إلي مساعدة شخص واحد أو أكثر، وهم بحاجة إلي خدمات إرشادية خاصة.

الاضطرابات السلوكية الشديدة:

وتضم الأطفال الذين يعانون من مشكلات انفعالية، ويحتاجون إلي خدمات فريق التقييم المختص، وإلي معلم مختص في التربية الخاصة لمساعدتهم (الظاهر،2004 :79).

5.التصنيف النفسي التربوي:

يعتمد هذا التصنيف علي وجود مشاكل في مجالات الحياة للطفل ومن هذه المجالات: الأسرة والتفاعل مع أفرادها والآخرين.

- مشكلات في الانفعال(الهياج، ثورات الغضب) الصراخ وغيرها.
- مشكلات في المدرسة مثل الهروب والتشتت وتدني مستوي التحصيل الدراسي.
- الصحبة السيئة.
- تعاطي المخدرات والتدخين وغيرها.
- مشكلات تكيفيه غير آمنة مثل الاكتئاب والقلق والسلوك وإيذاء الذات والعدوان.
- مشكلات مع الرفاق والأخوة بشكل متكرر غير طبيعي.
- عدم القدرة علي تكوين صداقات.
- عدم المعرفة بطرق الاتصال والتواصل.
- عدم القدرة علي تعلم مهارات حل المشكلات.
- تدني مفهوم الذات.
- ظهور المشكلات الإنسحابية (العزلة والانطواء).
- ظهور مشكلات عدوانية متكررة في سلوكه.
- عدم القدرة علي اختيار مهنته.
- الأنانية والاعتماد والفوضوية.

- عدم القدرة علي الاستفادة من البرامج التربوية والتعليمية المتاحة له.
- عدم تقبل التغيير والتجديد.
- وجود صراعات وقلق (العزة،2002 : 40)

6. تصنيف كوي(Quay , 1972) :

عمد كوي إلي وضع نظام تصنيف متعدد الأبعاد، يعتمد علي تقديرات الوالدين والمعلمين للسلوك أو تاريخ الحالة، واستجابة الطفل علي قوائم التقدير ويتألف تصنيف كوي من أربعة أبعاد هي:

1. **اضطرابات التصرف Conduct disorders** وتشتمل علي، عدم الثقة بالآخرين، المشاجرة، التخريب.

2. **اضطرابات الشخصية personality disorders** وتشتمل علي الانسحاب، القلق، الإحباط.

3. **عدم النضج Immaturity** وتشمل علي قصر الانتباه، وأحلام اليقظة، والفوضى.

4. **الانحراف الاجتماعي Socialized dehinguency** ويشتمل علي السرقة، انتهاك القانون.

7. تصنيف (شيفر وميلمان Shafer & Me leman،1996):

ويصنف شيفر وميلمان السلوك إلي أقسام وهي كالتالي:

1. **السلوك غير الناضج** مثل : النشاط الزائد، التهريج، أحلام اليقظـة، الفوضـوية، الأنانيـة، الاعتمادية الزائدة، سوء استخدام الوقت.

2. **السلوك المرتبط بعدم الشعور بالأمن** مثل : القلق، الخوف، تدني مفهوم الذات، الحساسـية، الزائدة الخجل، القهرية.

3. **اضطرابات العادات** مثل : مص الإصبع، قطم الأظافر، التبول اللاإرادي، اضطرابات النوم، مشكلات الأكل،التلعثم في الأزمات.

4. **مشكلات العلاقة مع الرفاق** مثل : العدوانية، القسوة، الصحبة السيئة، التنافس الأشقاء، العزلة الاجتماعية.

5. **السلوكيات اللاجتماعية** مثل : العصيان، نوبات الغضب، السرقة، عدم الأمانة، الكذب، الغش، الهروب من المدرسة والبيت، التخريب، الكلام البذيء.

6 . **مشكلات أخري** مثل:السلوك الجنسي غير المناسب، عادات الدراسة الخاطئة، سوء استخدام العقاقير.

ويري الباحث بعد قيامه بإجراء مسح شامل للمشكلات السلوكية الموجودة في المرحلـة الابتدائية من وجهة نظر بعض العاملين في الحقل التربوي (المعلم، المدير، المرشد) ، وبعـض أولياء الأمور قام بتصنيف المشكلات السلوكية إلي أربع فئات رئيسية، لذلك فإن الدراسة الحالية تعتمد على هذا التصنيف في تصنيف المشكلات السلوكية وذلك لبناء أداة الدراسـة: مشـكلات السلوك العدواني : وتتمثل في العدوان اللفظي، والعدوان المادي نحو الأشخاص، العدوان غيـر المباشر نحو الممتلكات العامة، العدوان نحو الذات ، و مشكلات تشتت الانتباه والنشاط الزائـد و مشكلات الخوف و مشكلات التبول اللارادى.

خصائص المضطربين سلوكياً:

من الصعب تحديد نموذج شامل للمشكلات السلوكية يتصف بهـا جميـع المضـطربين سلوكياً، فبما أن مشاكلهم السلوكية متنوعة ومختلفة لا بد أنهم يتصفون ن ويتميزون بخصـائص سلوكية مختلفة، من هنا قام المختصون في دراسة الاضطرابات السلوكية بإعداد قوائم تشتمل علي أكثر الخصائص شيوعاً لدي المضطربين سلوكياً، فمعظم هؤلاء الأطفال لديهم واحدة أو أكثر من هذه الخصائص، وفيما يلي عرض لأهم هذه الخصائص السلوكية للمضطربين سلوكياً**:**

1. الذكاء:

يري (العزة،2002 : 51) أن البحوث العلمية تشير إلى أن الذين يعانون من مشـكلات سلوكية ليست لديهم قدرات عقلية عالية حيث ساد مثل هذا الاعتقاد في الأوساط التربوية المهتمة مهم ، وتشير الدراسات إلى أن متوسط نسبة ذكاء هؤلاء تقدر بحوالي 90 درجة ذكاء (90 IQ) وعدداً قليلاً من المضطربين سلوكياً فقط يتمتعون بقدرات عقلية أعلي من المتوسط، وأن نسـبة كبيرة من هؤلاء الأطفال المطربين سلوكياً تعتبر من حيث نسبة الذكاء من ذوي فئة بطئ الـتعلم Slow Learning وفئة التخلف العقلي البسيط وتشير الدارسات أيضا إلى أن هؤلاء يعانون من مشكلات تعليمية مختلفة وتدني في مستوي التحصيل الدراسي بسبب تشتت انتباههم وعدم قدرتهم علي التركيز والالتزام بالدراسة وبسبب حركتهم الزائدة وسلوكياتهم غير الناضجة والآمنة، وعدم وجود دافعيه لديهم علاوة علي ذلك الحالات المصاحبة لهذه الاضطرابات مثل : الإعاقة السمعية أو البصرية أو الحركية.

2. التحصيل الدراسي:

يذكر كلا من(ميلر وديفد، 1982) أن معظم الدراسات قد أشارت إلـى أن التحصـيل الدراسي للمضطربين سلوكياً يعتبر منخفضاً إذا ما قورنت بالتحصـيل الدراسـي للمضـطربين سلوكياً من العادين، ويستشهد بالدراسة التي أجريت علي (130) طفل من المضطربين سلوكياً والتي وجدت أن 81 % منهم كان تحصيلهم منخفضاً في القراءة وأن 72 % قد حصلوا علـي درجات في الرياضيات أقل مما كان متوقعاً منهم، بالإضافة إلى ذلك لاحظ عدد من التربويين أن هناك ارتباطاً قوياً بين صعوبات التعلم والاضطرابات السلوكية(القاسم وآخرون،114:2000).

3.السلوك العدواني:

يعتبر السلوك العدواني واحداً من الخصائص التي يتصف بها كثير مـن المضـطربين سلوكياً، وتتمثل في الضرب والقتال والصراخ والشتم ورفض الأوامر والتخريب المتعمد ، وهذا ما لاحظه الباحث من خلال المسح الذي أجراه حول المشكلات السلوكية الأكثر شيوعاً لدي طلاب المرحلة الابتدائية من وجه نظر العاملين في الحقل التعليمي التربوي ، حيث دلت نتائج هذا المسح علي أن العدوان من أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدي طلاب المرحلة الابتدائية.

4. الفهم والاستيعاب :

بعضهم غير قادر علي فهم المعلومات التي ترد من البيئة ، ليستطيع هؤلاء لفظ الكلمات وسلسة من الكلمات مكونة جملة لقصة معينة، ولكن لديهم فهم قليل لمعني القصة، ويستطيعون حل مسائل حسابية بسيطة باستخدام مهارات حسابية ميكانيكية، ولا يستطيعون فهم معنـى النتـائج، وغير قادرين على إعادة نص معين وتفسير القصص والمسـائل والاتجاهـات، ومـع ذلـك لا يستطيعون إعادة المادة وتكرار ما سبق(الظاهر،2004 :80)..

5. الذاكرة :

الذاكرة هي القدرة علي استرجاع المعرفة المتعلمة سابقاً، وبعض الأطفال المضـطربين سلوكياً لديهم مهارات ذاكرة ضعيفة فلا يستطيعون تذكر موقع ممتلكاتهم الشخصية مثل الملابس والأدوات وموقع صفوفهم، وكذلك قوانين السلوك.

6. القلق :

يظهر القلق في السلوك المضطرب الذي يوحي بالخوف والتوتر والاضـطراب وهـذا السلوك يمكن أن يكون نتيجة لخطر متوقع ومصدره مجهول وغير مدرك من قبل الفرد ، ويصف

الأطفال القلقون عادة بأنهم خائفون وانسحابيون ولا يشكلون سلوكيات هادفة في بيئتهم ، ويظهرون القلق في النجاح و في الفشل علي حد سواء (ملحم ، 2002 : 54).

7. السلوك الهادف إلى جذب الانتباه :

وهو أي سلوك لفظي أو غير لفظي، بحيث يستخدمه الطفل لجذب انتباه الآخرون والسلوك عادة تكون عبر مناسب للنشاط الذي يكون الطفل بصدده،وعادة يقوم هؤلاء الأطفال بأنماط من السلوكيات لجذب الانتباه تتضمن الصراخ أو المرح الصاخب، أو التهريج، أو الأخذ بأخر حرف من كلمة في أي تعامل لفظي، والبعض يقومون بحركات جسدية باليدين والرجلين، وترى (Shea 1978) أن مثل هؤلاء الأطفال غالبا ما يوصفون بذوي الحركة الزائدة، ولكن ما يميزهم هو جذب الانتباه.

8.السلوك الفوضوي :

هو السلوك الذي يتعارض مع سلوكيات الفرد أو الجماعة، ويتمثل السلوك الفوضوي في غرفة الصف بالكلام غير الملائم، والضحك، والتصفيق، والضرب بالقدم، والغناء، والصفير وسلوكيات أخري تعيق النشاطات القائمة، وتتضمن هذه السلوكيات العجز في الاشتراك بالنشاطات واستخدام الألفاظ السيئة.

9.عدم الاستقرار :

يعود إلى المزاج المتقلب المتصف بالتغير السريع، في المزاج من حزن إلى سرور، ومن السلوك العدواني إلى السلوك الانسحابي، ومن الهدوء إلى الحركة ، و بين كونه متعاوناً إلى غير متعاون، وهكذا هذا التقلب في المزاج غير متنبأ به، ويحدث دون وجود سبب ظاهر ، ويصف هؤلاء دائماً بأنهم سريعو التهيج وسلوكهم غير قابل لأن يتنبأ به (الشربيني : 2003 : 58).

10. التنافس الشديد :

وهو عبارة عن سلوك لفضي أو غير لفضي يكون للفوز بالمنافسة ، أي يكون الفرد الأول أو الأحسن في نشاط معين أو مهمة معينة ، وهذه المنافسة يمكن أن تكون مـع الـذات أو مـع الآخرين ، وروح المنافسة واحدة من أكثر الصفات الملاحظة في مدارسنا، وهذه المنافسة تكون موجودة في الأحداث الرياضية، وفي المدرسة، وأما المنافسة الشديدة فتؤثر تأثيراً كبيراً علـي مفهوم الذات لدي الطفل ، وبخاصة إذا كانت المنافسة غير واقعية.

11. عدم الانتباه :

هو عدم القدرة علي التركيز علي مثير لوقت كاف لإنهاء مهمة ما، ويوصف الطفل قليل الانتباه بعدم القدرة علي إكمال المهمة المعطاة له في الوقت المحدود ، هذا السلوك يتضمن عـدم الانتباه بالمهمة، وعدم الاهتمام بالتوجهات المعطاة من قبل المشرف ، ويظهر أنه مشغول البال، أو يقوم بأحلام اليقظة (الخليدي : 1997 : 87).

12.الاندفاع :

هو الاستجابة الفورية لأي مثير، بحيث تظهر هذه الاستجابة علي شـكل ضـعف فـي التفكير، وضعف في التخطيط، وتكون هذه الاستجابات سريعة ومتكررة وغير ملائمة، وغالباً ما تكون نتائج هذه الاستجابات خاطئة، ويوصف الأطفال المندفعون بأنهم لا يفكرون.

13.التكرار : Reservation

هو النزعة إلى الاستمرار في نشاط معين بعد انتهاء الوقت المناسب لهذا النشاط، بحيـث يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في الانتقال من نشاط إلى آخر، هذه المثابرة قـد تكـون لفظيـة أو جسدية، فقد يستمر الطفل بالضحك مدة طويلة بعد سماع نكتة عندما يكون الآخرون قد توقفوا عن

الضحك، أو أن يجيب عن سؤال بعد مدة طويلة بحيث يتعدى المدة المناسبة، أو أن يستمر في الكتابة علي الورقة ليصل إلى أقصي نهايتها، أو أن يستمر في ترداد كلمة معينة أو رقم معين، وهكذا (يحيي ، 2000 : 59).

14. مفهوم ذات سيئ أو متدن :

هو إدراك الشخص لذاته كفرد، أو ابن، أو ابنة، أو طالب، أو متعلم ، وهكذا بحيث يكو ن غير متقبل بالمقارنة مع فعالية ، ويدرك كثير من الأطفال أنفسهم علي أنهم فاشلون أو غير مقبولين ، ويتمثل مفهوم الذات السيئ بعبارات تعكس هذا المفهوم مثل : لا" أستطيع فعل ذلك"، "هو أفضل مني"،" لن أفوز أبداً " ،" أنا لست جيداً ." ومثل هؤلاء الأفراد يكون لديهم حساسية مفرطة ضد النقد، ولا يكون لديهم رغبة في الانخراط في كثير من النشاطات.

15.السلبية :

هي المقاومة المتطرفة والمستمرة للاقتراحات، والنصائح، والتوجهات المقدمة من قبل الآخرين، وهذه المقاومة أو المعارضة تتمثل في(عدم الرغبة في أي شيء) ، و (الموافقة علي النشاطات قليلة)، و(الاستمتاع بعدد محدود من النشاطات) ، و(دائما يقولون لا) ، وإذا سئلوا يدل جوابهم علي عدم السعادة سواء في المدرسة أو في برنامج معين أو مع الأصدقاء أو تناول الطعام أو في البيت أو في المجتمع ، فهم يظهرون عدم الاستمتاع بالحياة (بشناق ، 2001 : 82).

16.النشاط الزائد:

هو النشاط الجسدي الزائد المستمر وطويل البقاء، ويتصف بعدم التنظيم، وهو غير متنبأ به وغير موجه، فالأطفال ذوي النشاط الزائد يكون رد فعلهم للمثيرات البيئية شديداً، ويتصف سلوكهم بأنه متواصل وعصبي وعدواني.

17. الانسحاب:

هو سلوك انفعالي يتضمن الهرب من مواقف الحياة بحيث أنها من وجهة نظر إدراك الفرد ممكن أن تسبب له صداعاً نفسياً أو عدم راحة، ويوصف الطفل الانسحابي بأنه منعزل، خمـول، خجول، خائف، ومكتئب، قلق، لديه أحلام اليقظة (الخليدي ، 1997 : 15).

18.عدم النضج الانفعالي :

يقصد به السلوك غير المناسب للمرحلة العمرية، أي أن الكبار يظهرون سـلوكاً غيـر مناسب لعمرهم، وإنما يظهره الأطفال الأصغر عمراً، ويظهر هذا السلوك عادة عنـدما يكـون الطفل في وضع غير مألوف أو مضغوط، يفشل الطفل غير الناضج اجتماعيـاً فـي المهـارات المناسبة للمرحلة العمرية، ويتميز بمحدودية ميكنزمات الاستجابة الاجتماعية المتواجدة للاستعمال الفوري ، مما يتطلب منه استخدام استجابات أقل نضوجاً، مما يدع الآخرين ويصفونه بأنه طفـل غير ناضج ، ومن صفات هؤلاء الأطفال أنهم يفضلون الأصغر منهم سناً أو الأكبر سناً أو الأكبر سناً كأصدقاء، ويختارون اللعب ، والنشاطات التي تسبق مرحلتهم العمرية، وفي مناسبات قليلة في أوضاع اجتماعية وغير مضغوطة يظهرون سلوكيات تتناسب ومرحلتهم العمرية ولكنها زائفة.

19.الانحراف الجنسي :

هو عبارة عن سلوكيات ذات دلالة جنسية غير مقبولة اجتماعياً، حيث أن هـذا السـلوك يخلق مشاكل كثيرة ومتنوعة عندما تكون هناك محاولات لإظهار هذه السلوكيات. وتتمثل أنماط السلوك الجنسي (الانحراف الجنسي) في إظهار انحرافات جنسية غالباً ما تظهر على شكل إثارة ذاتية، أو تدليل للأطفال أو للحيوانات وسلوك غير مناسب لجنس الفرد، أي أنه يتصرف بطريقة مختلفة عن أقرانه من نفس الجنس ألفاظ أو إيماءات ذات دلالة جنسية(العزة ، 2002 : 56).

20. الشكوى من علل نفس جسمية :

إن مصطلح نفس جسمي يشير إلى تداخل الجهاز النفسي والجهاز الجسمي واعتماد كل منهما على الآخر، والصراعات الداخلية النفسية التي تظهر على شكل أعراض جسمية، هذه الأعراض يمكن أن تكون نتيجة اضطراب جسمي، إما حقيقي أو وهمي وهذا كثير ما يحدث . ومعظم الناس تتعرض له، فمثلاً عندما يكون الإنسان في وضع مضغوط فيه فكثيراً ما يتظاهر بالصداع أو الغثيان والألم في المعدة ، لهذا السبب يتم فحص الطفل أو أي شخص فحصاً كاملاً من قبل أطباء.

21.التمرد المستمر:

عبارة عن نشاط مناقض للقوانين والاتجاهات، فالطفل المتمرد يوصف بأنه دائماً يشترك في نشاطات مناقضة لقوانين والديه ومعلميه واتجاهاتهم ، وكثير من المراهقين الذين أدخلوا إلى صفوف المضطربين سلوكياً والمعوقين انفعالياً هم متمردون بشكل مستمر ولا يطيعون أبسط القواعد.

22. مشاكل الدافعية :

تتضمن مشاكل الدافعية أن يكون لدى الفرد سبب إيجابي لممارسة نشاط معين وبشكل عام فالكبار لديهم دافعية ذاتية للاشتراك في النشاطات، ويوصفون بأنه ليس لديهم دافعية ، و عدد قليل من الأطفال لا يبحثون عن ممارسة النشاطات في المدرسة الابتدائية، وعندما يكبر بعضهم يفقد حماسه للمدرسة، والسبب وراء ذلك أي وراء عدم ظهور الدافعية لديهم يمكن أن يكون عدم فهمهم للنشاط أو الخوف من النشاطات الجديدة أو المختلفة، أو انخفاض مفهوم الذات لديهم نتيجة تكرار الفشل. (يحيى، 2000 :89).

أبرز الاتجاهات النظرية المفسرة للمشكلات السلوكية:

إن المتمعن في كافة العلوم يري أنها تنطلق من مجموعة من الفروض مكونة إطارا نظرياً لهذا أو ذاك العلم، ويعرف (همام ،1948 :70) النظرية بأنها عبارة عن إطار فكـري يفسـر مجموعة من الفروض العلمية ويضعها في نسق علمي مترابط. ويتم التوصل إلي تلك النظريات من خلال أساليب البحث العلمي الدقيقة المختلفة والتي تقول من خلال نتائج التجارب الدقيقة إلى الفرضيات التي تُبنى عليها، وليس معني هذا أن النظرية هي نهاية المطـاف وأن العلـم ينتهـي بمجرد الوصول إلى النظرية، ولكن حتى وبعد التوصل إلى النظرية تبقى الأبحاث مستمرة للتأكد من صحتها ، أي أنها تخضع للبحث العلمي المستمر. ومن هنا تكمن أهمية دراسة الاتجاهات .

النظريات المفسرة للمشكلات السلوكية:

للمشكلات السلوكية نظريات وأسس متعددة، وذلك بهدف فهم وتفسير وتقيـيم السـلوك المشكل ، وكذلك التنبؤ بتلك المشكلات المتوقع حدوثها وصولاً إلى ضبطها والعمل على تعديلها في نهاية المطاف ، هذا وبالإضافة إلى أن دراسة الاتجاهات النظرية تعطي تصـوراً و اضـحاً وإلماماً شاملاً للأسباب التي تكمن وراء المشكلات السلوكية وطبيعة السلوك المشـكل وصـفات الأفراد المشكلين أو المضطربين سلوكياً، وكذلك التقنيات والطرق الناجحة المستخدمة في إرشـاد وعلاج هؤلاء المشكلين.

أولاً الاتجاه التحليلي :

يعتبر(سيجموند فرويد Sigmund Freud) مؤسس نظرية التحليل النفسي والذي قدر له من خلال نظريته هذه أن يمارس أكبر تأثير علم النفس،

فقد صاغ هذه النظرية مع نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشـرين. ونظريـة التحليل النفسي من الشمول والاتساع والعمق ما يشهد بعبقرية " فرويد "وموسوعية ثقافته ونفـاذ

بصيرته وقدرته الفائقة على الملاحظة وصياغة الفروض وربطها معاً في نظرية واحدة . وتتعدد جوانب النظرية حتى تكاد أن تكون عدة نظريات لا نظرية . ولم يقتصر تأثير النظرية على علم النفس وحده بل امتد تأثيره إلى العلوم الاجتماعية والفنون الجميلة، (كفافي 1995 : 266) .

ولكن يذكر (أسعد 1986 : 89) نقلاً عن(1921، Brown) قوله" :لقد سبق ابن سينا فرويد في استخدام طريقة الإيحاء في العلاج يروى أنه أصيب أحد الأمراء بالكآبة متوهماً أنه بقـرة كـان يخور كالبقرة، ويزعج الناس ويصرخ اقتلوني وأعدوا من لحمي طعاماً شهياً وامتنع عن تنـاول الطعام . طُلب إلى ابن سيناء معالجة المريض فبعث إليه برسالة يطلب فيها منه أن يبشر بمقـدم الجزار، وابتهج المريض ودخل ابن سيناء على المريض في فترة لاحقة يقول ملوحـاً بسـكينة الحادة أين تلك البقرة فإنني أريد ذبحها ، فخار المريض كالبقرة مشيراً إلى مكان وجوده وعنـدما مدد المريض على الأرض وقيدت قدماه ويداه بأمر من ابن سينا الذي تحسس جسم المريض، ثم أردف أنها بقرة نحيلة لم يحل ذبحها لابد من تسمينها أولاً ثم قدم الطعام الملائم للمريض فتناولـه بلهفة واستعاد قوته شيئاً فشيئاً وتخلص من وهمه تماماً ،وفي تبصير المريض بمكونات شـعوره لجأ ابن سينا إلى طريقة التداعي الحر الذي يستخدمها فرويد (القاسم وآخرون،2000 :97-98).

ويكمن جوهر نظرية التحليل التي أسسها فرويد في ثلاث مسلمات للطبيعة الإنسانية وهي :

أولها : أن الخمس سنوات الأولى من حياة الفرد هي من أهم سنوات حياته وأشدها تـأثيراً فـي سلوكه خلال سنوات عمره التالية في حالتي السواء وعدمه.

ثانيها : أن الدفعات الغريزية الجنسية للفرد هي التي يتحدد في ضوئها سلوكه العام، وتعر ف هذه الدفعات الغريزية الجنسية بأنه تعني حاجة كل فرد إلى إشباع مطالبه الجسدية.

ثالثها : أن الجانب الأكبر من سلوك الفرد تحكمه محددات لاشعورية، وكان قد نما الاعتقاد لـدى فريد بأن السلوك الحالي للفرد إنما يتحدد بمجموعتين من العوامل:

هي العلاقات بين المكونات الداخلية لبنائه النفسي، وأطلق فرويد على هذه المسلمة اسم (الحتميـة النفسية) فالإنسان عند فرويد لا يملك مصيره تماماً، حيث أن سلوكه تحكمه وتوجهه الحاجة إلـى إشباع الدوافع الغريزية البيولوجية الأساسية ، هي أن السلوك لا يحدث صدفة أو اعتباطاً، وإنمـا يخضع لخبرات المرء الماضية (الخطيب،1998 : 200-201).

هذا وتعتمد نظرية التحليل النفسي على بعدين هامين هما مكونات الجهـاز النفسـي(مكونـات الشخصية) و مستويات الحياة النفسية(مستويات الوعي).

أولاً مكونات الجهاز النفسي:

يفترض فرويد أن الجهاز النفسي(الشخصية) يتكون من:

الهو Id : منبع الطاقة الحيوية والنفسية ومستودع الغرائز والدوافع الفطرية التي تسـعى إلـى الإشباع في أي صورة وبأي ثمن ، وهو الصورة البدائية للشخصية قبل أن يتم تهذيبها من خلال قوانين المجتمع.

الأنا Ego : هو مركز الشعور والإدراك الحي الخارجي والداخلي والعمليات العقلية والمشـرف على الحركة والإدارة والمتكفل بالدفاع عن الشخصية وتوافقها.

الأنا الأعلـى Super Ego و مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير والمعايير الاجتماعيـة والقيم الدينية، ويعتبر بمثابة سلطة داخلية أو رقيب نفسي. (لقاسم وآخرون، 2000 :99).

ووفقـاً للتقسـيم السـابق يـرى الباحـث أن لكـل مكـون أو قسـم مـن أقسـام الجهـاز النفسي(الشخصية)وظيفة خاصة به، (فالهو)يدافع عن المطالب الغريزية للشخصية ويسعى بكل الطرق لتحقيقها ، وهو لا يهتم إلا باللذة، لذلك همه الأول والأخير البحث عن (اللـذة) ومطالـب (الأنا الأعلى) ، حينما يتدخل(الأنا) لفك الصراع بين مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلـى، فهـو بمثابة جسر العبور الذي يستطيع بواسطته التوفيق بين متطلبات الهو ومتطلبات الأنا الأعلى كل

ذلك وفق متطلبات الواقع المحيط بالفرد من أجل المحافظة على بقاء كيان الفرد والمحافظة على التوافق الاجتماعي، هذا ويعتبر أي خلل في الدور الذي تقوم به الأنا أي الـدور التوفيـق بـين متطلبات الهو والأنا الأعلى مقدمة إلى السلوك المضطرب. هذا وتؤكد (يحيـى،2000 : 74) على أن مدرسة التحليل النفسي تنظر إلى عدم ملائمة السلوك (اضطراب السلوك) على أنه نتيجة للصراع بين مكونات الشخصية وهي : الهو، والأنا، والأنا الأعلى ، ويضيف (القاسم وآخـرون، 2000 : 99) على أن اضطراب سلوك الفرد مرهون بنجاح (الأنا) في حل الصراع بين الهو والأنا الأعلى وإيصال الجهاز النفسي إلى حالة التوازن ، أما إذا مثل الأنا في هذه المهمة ظهـرت أعراض العصاب والاضطرابات السلوكية بشكل عام.

ثانياً مستويات الحياة النفسية (مستويات الوعي) :

تتكون الحياة النفسية حسب وجهة نظر فرويد من ثلاث مستويات هي:

الشعور Consciousness : وهو منطقة الوعي الكامل والاتصال بالعالم الخارجي، وهو الجزء السطحي من الجهاز النفسي. ويطلق يونج على الشعور اسم " **العقل الواعي** " الذي يتكـون مـن المدركات والذكريات والمشاعر الواعية.

ما قبل الشعور preconscious ness وهو المستوى الذي يحتوي على ما هو كامن وليس فـي الشعور ولكنه متاح ويسهل استدعائه إلى الشعور مثل الذكريات ، بمعنى آخر ما هو موجود بـين الشعور و اللاشعور ويمثل الحد الفاصل بينهما.

اللاشعور unconsciousness : هو المستوى الذي يكون معظم الجهاز النفسي، وهو يحتـوي على ما هو كامن وليس متاحاً ومن الصعب استدعاؤه إلى حين الشعور إلا من خـلال الأحـلام، وهفوات اللسان والتداعي الحر والتنويم المغناطيسي (زهران،1998 : 125) .

مراحل النمو:

يقول معظم أصحاب هذا الاتجاه بأننا لا نعي القوى والأمور الداخلية التي تـؤثر علـى سلوكنا (لا نعي دوافعنا الداخلية) ، بالإضافة إلى ذلك فإنه ينظر إلى الشخصية على أنها دينامية، وهكذا فإن النمو الإنساني عادة نفهمه من خلال مراحل، وقد اقترح فرويد خمس مراحل وخطوات لتشكيل الشخصية من وجهة نظر مدرسة التحليل النفسي، يمكن أن ينظر عليها كنمو جنسـي – سيكولوجي، حيث يمر النمو بالمراحل التالية:

1- المرحلة الفمية Oral Stage   2- المرحلة الشرجية Anal Stage

3-المرحلة القضيبية Phallic Stage   4-المرحلة الكامنة Latency Stage

5- المرحلة الجنسية Genital stage   (يحيى، 2000 : 75).

أسباب المشكلات السلوكية ووجهة النظر التحليلية:

حاولت نظرية التحليل النفسي التي وضع فرويد أصوله ومبادئها، تفسـير الانحرافـات السلوكية من خلال خبرات الأطفال في الفترات المبكرة من الحياة في ظل مبادئ التحليل النفسي، حيث أن بعض الخبرات المبكرة غير السارة تكبت في اللاشعور إلا أن هذه الخبرات المكبوتـة تستمر في أداء دورها في توجيه السلوك، وتؤدي بالتالي إلى الانحرافـات السـلوكية ، ويفسـر أنصار التحليل النفسي الاضطرابات السلوكية في هذا الإطار(يحيى،2000 :77).

هذا ويؤكد (الخطيب،1998 : 207) علي أن فرويد يري أن منشأ الاضطراب السلوكي يكمن داخل الفرد نتيجة لاختلال قيام الفرد بوظائفه النفسية عبر مسارين هما:

المسار الأول :تعليم غير ملائم في مراحل الطفولة الأولى(الخمس سنوات الأولى).

المسار الثاني :اختلال الحكة المتوازنة بين منظمات النفس(الهو)و(الأنا) و(الأنا الأعلى).

ومن الجدير ذكره أن الاتجاه والتحليل اتجاه عريض يضم عدداً من المدارس والتوجهات النظرية

بعضها خرج على مؤسس النظرية وكون له مدارس خاصة، مثل كارل يونج (Jung) الذي أسس "علم النفس التحليلي" ، والفريد أدلر (Adler) الذي أسس" علم النفس الفردي " كمـا أن بعـض تلاميذ فرويد مثل كارين هورناي (Horney) و ايريك فروم (Fromme) وهاري ستال سولفيان (Sulivan) وآنا فرويد واريكسون طوروا في نظريته وإن اعتبروا أنفسهم تحليليين ولا يزالون ينطوون تحت اللواء التحليلي الفرويدي ويسمون التحليلين الجدد أو الفرويديون الجـدد (كفـافي، 211990:).

يرى الباحث أن المتتبع للعرض السابق يلاحظ أن الاتجاه التحليلي الكلاسيكي القديم الذي أسسه فرويد لم يبقى على ما هو عليه أي لم يبقى في قالبه الغرائزي، بل انبثق عن هذا الاتجـاه العديد من الاتجاهات الحديثة التي أسهمت في التقليل من الاهتمام بالعوامل البيولوجية (الغرائزية) التي أولاها في الاتجاه الكلاسيكي المتمثل بفرويد الكثير من الاهتمام والتركيز، وفي نفس الوقت ساهمت تلك الاتجاهات الحديثة في الاهتمام بالعوامل الأخرى الاجتماعية والثقافية بجانب العوامل البيولوجية ،أما بالنسبة للأساليب العلاجية والإرشادية التي يعتمد عليها الاتجاه التحليلي في علاج المشكلات السلوكية وذلك باستخدام إما أسلوب التداعي الحـر أو أسـلوب الطـرح والتفسـير (الخطيب،1998 : 208).

ثانياً الاتجاه السلوكي :

بدأ هذا الاتجاه السلوكي باكتشاف ايفان بتـروفتيش بـافلوف (Pavlov) الفسـيولوجي الروسي للشرطية الكلاسيكية، وكان هذا الاكتشاف بداية لعدد كبير من التجارب انتهت بتأسـيس الاتجاه السلوكي ، ويمثل هذا الاتجاه السلوكي المنافس الوحيد للاتجاه التحليلي ، والعـالم الـذي يرجع إليه الفضل في بلورة هذا الاتجاه هو " جون واطسن " (كفافي،1990 :23).

هذا ويطلق على النظرية السلوكية اسم المثير والاستجابة وتعرف كذلك باسم " نظرية الـتعلم" ، والاهتمام الرئيسي للنظرية السلوكية هو السلوك: كيف يتُعلم وكيف يتغير، وهذا في نفس الوقـت اهتمام رئيسي في عملية الإرشاد التي تتضمن عملية تعلم ومحو تعلم و إعادة تعلم، والتعلم هـو محور نظريات العلم التي تدور حولها النظرية السلوكية(زهران، 1998 : 102).

أسباب المشكلات السلوكية من وجهة نظر المدرسة السلوكية:

يري هذا الاتجاه أن الاضطراب السلوكي المشكلات السلوكية هو سلوك مـتعلم يتعلمـه الفرد من البيئة التي يعيش فيها حيث يعتبر هذا الاتجاه بأن الإنسان ابن البيئة بما تشتمل عليه من مثيرات واستجابات مختلفة لها علاقة بمختلف مجالات حياته الاجتماعية والنفسية والبيولوجيـة وغيرها وتتشكل لدى الفرد حتى تصبح جزءاً من كيانه النفسي، والفرد عندما يتعلم السـلوكيات الخاطئة والشاذة إنما يتعلمها من محيطه الاجتماعي عن طريق التعزيز والنمذجة وتشكيل وتسلسل السلوكيات غير المناسبة، كما يرى هذا الاتجاه بأن المحـو أو العـزل أو الإطفـاء أو النمذجـة الإيجابية وغيرها من أهم أساليب تعديل السلوك (العزة،2002 : 43).

هذا ويؤكد كلاً من (القاسم وأخرون ،2000 : 92) على أن العلماء من أصـحاب هـذا الاتجاه السلوكي توصلوا إلى تفسير مفاده أن الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليقلل من درجة توتره ومن شدة الدافعية لديه، وبالتالي كون ارتباطات عن طريق المنعكسان الشرطية لكن تلك الارتباطات الشرطية حدثت بشكل خاطئ وبشكل مرضي كما ويرى أصحاب الاتجاه السلوكي أن السلوك المضطرب هو نتاج ومحصلة للظروف البيئيـة وليست للعمليات النفسية الداخلية كما يرى ذلك الاتجاه التحليلي في علم النفس، لذلك فهـو يهـتم بالأعراض السلوكية ولا يهتم بما في اللاشعور أو في الأعماق الإنسانية من عقد أو غيرها، كما يرى ذلك الاتجاه التحليلي، لذلك يعتبر هذا الاتجاه السلوك بأنه ظاهرة متعلمة تُكتسب وفقاً لقوانين

محددة (قوانين التعلم أو الاشراط). وبالنسبة لدور الوراثـة فيـرى (العـزة،2002 : 43) أن الوراثة تحدد أبعاد السلوك الإنساني، ولكن البيئة تترك آثارها الإيجابية أو السلبية على الخصائص السلوكية عند الفرد، وبما أن السلوك من وجهة نظر هذا الاتجاه هو سلوك متعلم سواء كان سلوكاً شاذاً أو سوياً، إلا أن عملية التعلم هذه تتحدد في ضوء خبرات الفرد وظروفه الحالية . والسلوك محكوم بنتائجه، بمعني أنه يزداد إذا كانت له نتائج إيجابية علي الفرد وعلي الآخرين ويضعف إذا كانت نتائجه سلبية علي الفرد وعلي الآخرين من حوله،وفي الإطار نفسـه وتأكيـداً علـي دور الوراثة في السلوك المتعلم يرى (Paull & Epanchin، 1999) أن السلوكيين يعتقـدون أن الفرد يتعلم أن يسلك بطريقة محددة من خلال تفاعله مع البيئة ويرث تركيباً بيولوجياً يساعده في عملية التفاعل التي تحدد السلوك كما يعتقدون بأن بعض السلوكيات كالقيادة والصداقة إلخ ... لا تورث بل تنتج عن التفاعل ويركز السلوكيون على ماذا يفعل الفرد بدلاً مـن مـا هـو ؟ ومـن الضروري فهم الطفل بدلاً من إطلاق التسميات (يحيى،2000 : 40).

أما بالنسبة للأساليب الإرشادية والعلاجية التي يعتمد عليها الاتجاه السلوكي في تعـديل السـلوك الإنساني فهي تتنوع ما بين التعزيز والانطفاء والتمييز والتشكيل والتعاقد والنمذجة وغيرها.

ويلخص(زهران ، 1998: 336) الفرضيات التي ترتكز عليها ا لنظريـة السـلوكية مكونـةً الأساس النظري لها، وهذه الفرضيات هي:

- معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب سواء كان السلوك سوياً أو مضطرب.

- السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف من حيث المبادئ عن السـلوك العـادي المـتعلم إلا أن السلوك المضطرب غير متوافق.

- السلوك المضطرب يتعلمه الفرد نتيجة للتعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه ، وحـدوث ارتباط شرطي بين تلك الخبرات وبين السلوك المضطرب.

- جملة الأعراض النفسية تعتبر تجمعاً لعادات سلوكية خاطئة متعلمة.

- السلوك المتعلم يمكن تعديله.

- يولد الفرد ولديه دوافع فسيولوجية أولية، وعن طريق التعلم يكتسب دوافع جديدة ثانوية اجتماعية تمثل أهم حاجاته النفسية وقد تكون تعلمها غير سوي يرتبط بأساليب غير توافقية في إشباعها ومن - ثم يحتاج إلى تعلم جديد أكثر توافقاً.

وتضيف (SHWA, 1978) أن محتوى النظرية السلوكية يتلخص بعبارة" السلوك محكوم بنتائجه" وتهتم النظرية السلوكية بالسلوك الظاهر غير الملائم وتصميم برنامج التدخل المناسب للعمل على تغيير السلوك الملاحظ وتعديله (يحيى،2000 : 40) .

ثالثاً الاتجاه البيوفسيولوجي:

لقد كان (فيتاغورث) أول من اعتبر أن الدماغ عضواً مركزياً للفعالية الذهنية وأرجع المرض النفسي إلى مرض الدماغ، تبعه في ذلك (هيبوقراط) الذي صنف الأمراض النفسية كالهوس والسوداء أو الاكتئاب، والهذيان ورسم الصورة السريرية لكل مرض منها معتمداً على الملاحظة السريرية اليومية ، سار الأطباء اليونانيون والرومانيون في الإسكندرية على الخطى العلمية لهيبوقراط، أمثال(اسكليبيارس) الذي يعتبر أول من لاحظ الفرق بين المرض الحاد والمزمن، وميز الوهم من الهلوسة وألمح(أريطاويس) في نهاية القرن الميلادي الأول إلى فكرة اعتبار الاضطرابات العقلية امتداداً للظواهر النفسية العادية ، ولم يساهم(غالن130 - 200م) في علاج المرض أو رسم صور ته السريرية غير أنه تبنى منهجاً علمياً لتشريح الجهاز العصبي، وارجع المرض النفسي إلى أسباب عضوية كالجروح والتسمم الكحولي، ونفسية كالخوف والصدمات والأزمات الاقتصادية(القاسم، 2000 : 108).

وقد كشف التطور العلمي السريع في القرن الثامن عشر عن الأسباب العضوية للمرض النفسي وسرعان ما برزت وجهة النظر العضوية(الفسيولوجية) التي تشكل تطوراً علمياً في فهم المرض النفسي وعلاجه.

ويذكر(أسعد،1986 : 38) أن" أميل كريبلان " قد لعب دوراً حاسماً في تأكيد فكـرة الأسـباب العضوية للأمراض النفسية وذلك في كتابه الذي نشره عام (1963) والذي فيه أهمية مـرض الدماغ في توليد المرض النفسي، وكذلك فقد وضع تصنيفاً للاضطرابات النفسية اتخذته التصنيفات الحديثة أساساً لها.

هذا ويشير كيرك (Kirk , 1981) إلى أنه خلال العقود القليلة الماضية كان هناك ميـل شـديد للاعتقاد بأن المشاكل السلوكية في المحيط الاجتماعي تقود إلى التفاعل القائم بين الطفل وأسرته، أو بين الطفل ورفاقه وجيرانه والجوانب الاجتماعية الموجودة في المجتمـع ، وفـي السـنوات الأخيرة بدأت العوامل البيولوجية تأخذ مكاناً كعوامل مسببة للاضطرابات السلوكية والانفعالية.

كما ويرى كلا (Heward & Orlansky) أن بعض المختصين يعتقدون أن كل الأطفال يولدون ولديهم الاستعداد البيولوجي، ومع أن هذا الاستعداد قد لا يكون السبب في اضطراب السـلوك إلا أنه قد يدفع الطفل إلى الإصابة بالاضطراب أو إلى المشاكل السلوكية ، فالأدلة علـى الأسـباب البيولوجية واضحة أكثر في الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشـديدة والشـديدة جـداً .

ويضيف (هالاهان دكوفماف ،1982) إلى أن السلوك يمكن أن يتأثر بالعوامل الجنسية والعصبية والبيوكميائية، أو بأكثر من عامل فيها، وأن هناك علاقة بين جسم الفرد وسلوكه لذلك ينظر إلـى العوامل البيولوجية على أنها وراء الاضطراب السلوكي والانفعالي ونادراً ما يكون إظهار العلاقة السببية بين العامل البيولوجي والاضطراب السلوكي والانفعالي (يحيى،2000 :64).

أما (العزة،2002 : 44) فيشير إلى أن هذا الاتجاه البيوفسـيولوجي يـرى أن الاضـطراب السلوكي هو نتاج ومحصلة لخلل في وظائف أعضاء جسم الإنسان الأمـر الـذي ينـتج عنـه اضطراب في السلوك لديه قد يكون نتاجاً لنقص أو زيادة في إفرازات الغدد الصماء أو غيرها في جسم الإنسان ، فالحركة الزائدة قد تكون نتاج زيادة مادة الثيروكسين في الدم على سبيل المثال لا الحصر ويضيف بني هذا الاتجاه مرتبط بعلم البيولوجيا التي ترى بأن للوراثة دور واضح فـي ظهور الاضطراب السلوكي، ويرى هذا الاتجاه بأن الكر ومسومات والجينات(المورثات)تلعـب دوراً في وجود الاضطراب السلوكي، كمـا أن لعمليـات النمـو والأيـض (التمثيـل الغـذائي Metabolism) دور في ذلك، وكذلك الحساسية للأدوية والأصباغ ونضج الأجهزة وسير عملية نمو الفرد وسلامة الحيوان المنوي والبويضة ومشاكل الرحم وتعرض الأم الحامـل لأمـراض كالحصبة الألمانية أو مرض الزهري وعدم وجود بيئة رحمية مناسبة لديها وتعرضـها لمـرض السكري ومشاكل الحمل وما قبله وما بعده والتسمم الولادي ونقص الأكسجين أثناء عملية الولادة وتناولها للحبوب الممنوعة والتدخين وتناولها للمواد السامة كالرصاص والولادة العسرة وتعرضها لأشعة x وعدم مراجعتها للطبيب والقيام بالفحوص اللازمة للاطمئنان على سلامة المولود كلهـا أسباب قد تكون مسئولة بمستويات معينة عن وجود إعاقـات لـدى هـذا المولـود وتعرضـه لاضطرابات سلوكية ، كما أن حرمان الطفل عاطفياً ومادياً يمكن اعتباره أحد الأسباب المؤديـة إلى الاضطراب السلوكي بالإضافة إلى عوامل سوء التغذية لدى الأم واختلاف دمها عن دم الأم.

وعن الإجراءات الوقائية والعلاجية وفق هذا الاتجاه يرى(Shear , 1978) أنها تتمثل فيمايلي:

- الاهتمام بالمحافظة على نسب معقولة من العناصر المعدنية في الجسم، فهناك دراسات تقول بأن نقص هذه العناصر تتسبب في اضطرابات سلوكية وتعليمية.

- الاهتمام باستخدام كربونات الليثيوم.

- الاهتمام بنسب الكافين في الجسم، فسلوك الطفل من المحتمل أن يتأثر نتيجة لتناوله الكـافين، ولكن يوجد هناك دلائل تشير إلى أن تحصيله الأكاديمي أو مهاراته الحسية تتـأثر أم لا، ولكـن هناك أعراض جانبية كثيرة للكافين مثل : اضطرابات المعدة.

- الاهتمام بنوع الغذاء والتغذية التي تشمل وجبات قليلة الحساسية أو قليلة السكريات أو المحتوية على مواد حافظة، فمن المحتمل أن تؤثر على الأفراد بتطوير سلوكيات معينة.

- الاهتمام بالنمذجة.

- الجلسات الكهربائية التي تعتبر آخر وسيلة علاجية، فهذا التكنيك ليس طويل الأمد مع العلم بأن تأثيره سريع.

رابعاً الاتجاه البيئي:

يقوم هذا الاتجاه على مبدأ أن المشكلات السلوكية التي تحدث للطفل لا تحدث من العدم أو من الطفل وحده، بل هي تحدث نتيجة التفاعل الذي يحدث بين الطفل والبيئة المحيطة به.

وبالنسبة للبيئة المحيطة بالفرد يرى(جلال،1973) أنه لا يقصد بالبيئة النطـاق الجغرافـي ولا المحلي ولا العالمي، وإنما المقصود بها ذلك النتاج الكلي لجميع المؤثرات التي تؤثر في الفرد من الحمل إلى الوفاة .

فيعرف خوري **البيئة** بأنها" جميع المؤثرات الاقتصادية، الجغرافية، الفكرية، السياسية، إلخ ...التي تؤثر في الفرد منذ بدء حياته وحتى مماته (خوري،1996 : 10). ويقول البيئيون إن حدوث الاضطراب السلوكي والانفعالي لدى الأفراد يعتمد على نوع البيئة التي ينمو بها، فالبيئـة السليمة لا تؤدي إلى حدوث الاضطراب السلوكي لد ى الطفل ، فالنظريـات النفسـية المختلفـة ودراسة السلوك الإنساني وتطبيقاتها في تدريس الطفل المضطرب سلوكياً مبنيـة علـى أسـاس الفلسفة النظرية الفردية للإنسان

والطبيعة والعالم ،هذا ويرى(Shea, 1978) أن الطفل المضطرب سلوكياً يحتاج لنمط معـين من البيئات بحيث يتجه ويميل لممارسة حياته العامة بشكل طبيعي.

والاتجاه البيئي يميل لربط الفرد في البيئة في مفهوم واحد، فالفرد لا ينفصل عن بيئته وبالتالي فإن مشاكل الفرد تصبح شائعة لدى المجتمع ، ولا يتم التعامل مع المشاكل بشكل فردي وكنتيجـة إذا كان هناك اضطراباً لدى المجتمع، فان الفرد سيتأثر بالبيئة، فالنظام البيئي يقدم لنا نموذجاً يقول : لقد أسأت لي، وأنا سوف أُسألك ، هذا ويعرف هارنج وفليب (Haring & Philip) المضطرب سلوكياً بأنه" الشخص الذي لديه مشاكل شديدة مع الأشخاص الأخرسين مثل الرفاق أو الآبـاء أو المدرسين (يحيى،2000 : 53).

ولقد شدد عدد كبير من علماء النفس والتربية على أهمية البيئة حياة الفرد وقالوا أن العوامل التي تؤثر فيه هي:

أ . العوامل الجغرافية:

فالعوامل الجغرافية تلعب دوراً هاماً في تشكيل السلوك، فمثلاً سلوك أبناء الجبال غيـر سلوك أبناء السهول غير أبناء الشواطئ، كما أن النضج والنمو ليس واحداً عند جميع الأطفـال، فنمو الطفل المناطق الحارة غيره في المناطق الباردة والمعتدلة ، وهذا ما يؤكد عليه (راجـح ، 1966) أنه إذا كان الطفل يعيش في أرض تحميه خوف الجماعة من الأخطار الخارجيـة كقمـم الجبال، فإن مثل هذا الفرد سينشأ مغايراً لآخر يعيش في أرض قاحلة، تجبر أهلها علـى الكـدح والعمل المتواصل، فالفرد سيخرج إلى الحياة متبسماً بروح المسالمة كما في قبائل" إبش Ebish " التي تسكن في غينيا وأما الآخر فإنه يتسم بروح التحدي والاعتماد على النفس والمبادأة والأنانية ، والشدة كما في قبائل الاسكيمو التي تسكن شبه جزيرة غرين لاند (خوري،1996 : 12).

ب . العوامل الأسرية:

تعتبر العوامل الأسرية من أكثر العوامل تأثيراً علي الطفل ، فهي التي تلازمـه لفتـر ة طويلة من حياته وتؤثر في شخصيته ، فالإنسان عندما ينشأ ويترعرع في كنـف أسـرة يـتعلم عادتها، ولغتها و قيمها ،وهذا ما شدد عليه(جبل،200 : 52) حيث يعتبر أن الأسرة هي العامل الأول والأساسي في صنع سلوك الطفل بصبغته الاجتماعية لان السنوات الطفل الأول التي تتولها الأسرة بالرعاية والعناية تؤثر تأثيراً بالغا في التوافق النفسي أو عدم التوافق النفسي،وكل ما يكتس به الطفل في هذا الأسرة من خبرات مؤلمة والناجمة عن أساليب خاطئة في التنشئة تبقي معه هذه الخبرات حتى يكبر وتؤدي به إلى اضطرابات في شخصيته، مما يكون عرضة للأمراض النفسية التي تبعده من حالة الأسوياء.

أما (خوري،1996 : 13) فيرى أن في الأسرة يتعلم الطفل الكثير من عقائده، ومخاوفه ،وأفكاره التي تدل على التسامح أو الغضب ، كما هي المكان الذي يتأثر به من جوها فيتأثر بها وتؤثر في مركزه الاقتصادي والاجتماعي.

من هنا ترى(يحيى،2000 : 55) أن سلوك الأطفال يعكـس الاتجاهـات والآراء والمعـايير والظروف التي مرت عليهم وقدمت لهم من خلال الأسرة، فعوامل معينة مثل مشاكل الوالـدين، والحرمان، والضغوطات من أجل الحصول على سلوكيات ناضجة جداً، وغيرها من المواقف التي تحدث داخل الأسرة كلها بالتأكيد ستساهم في المشكلات السلوكية.

هذا وقد أكدت الدراسات والبحوث أن الأسرة التي تغرس في نفوس أطفالهـا اتجاهـات الحـب والتقدير والاحترام والثقة في النفس وفي الآخرين هي الأسرة التي تبني أشخاصاً أسوياء، وذلـك على العكس من الأسر التي تغرس في نفوس أطفالها اتجاهات سلبية كالكراهية والحقد والخـوف

وعدم الثقة في النفس وفي الآخرين، فهي تبني الشخصيات المنحرفة الجامدة والمضطربين اجتماعياً وسلوكياً والعصابيين والذهانيين (حسين،1986 :19) .

ج. العوامل المدرسية :

المدرسة هي المؤسسة العلمية الرسمية التي تقوم بعملية الصقل، والتربية وتعديل السلوك غير السوي الذي اكتسبه الطفل في تنشئته الاجتماعية الأولى في الأسرة ،وفي المدرسة يتفاعل التلميذ مع مدرسيه وزملاءه ويتأثر بالمنهج الدراسي في معناه الواسع علماً وثقافة وتنمو شخصيته في كافة جوانبها، كما تستخدم المدرسة أساليب نفسية عديدة أثناء تربية التلاميذ ومن هذه الأساليب دعم القيم الاجتماعية السائدة في المجتمع، وتقوم بتوجيه الأنشطة التربوية المختلفة بحيث تعمل هذه الأنشطة على تشكيل وتعليم الأساليب السلوكية المرغوبة، والعمل أيضاً على فطام الطفل انفعالياً في التخلص من السلوكيات التي اكتسبها الطفل في الأسرة واستبدالها بنماذج صالحة من السلوكي السوي (جبل،2000 : 54)

من خلال العرض السابق يرى الباحث أن المشكلات السلوكية تحدث من وجهة نظر الاتجاه البيئي نتيجة للتفاعل الذي يحدث ما بين الفرد والبيئة المحيطة به ، فإذا كان هذا التفاعل إيجابيا ينتج عن ذلك سلوكاً سوياً أما إذا كان هذا التفاعل سلبياً ينتج عن ذلك سلوكاً مضطرباً . وهذا ما يؤكد عليه كلاً من(Paul & Espanchin , 1992) حيث يعتبرا أن من أساسيات النظرية البيئية أنه ليست هناك سلوك مضطرب بالوراثة ولكنه نتيجة عدم التوازن والتطابق بين الأفراد والمحتوى البيئي، وعن طريق إحداث تغيرات في الفرد أو البيئة أو كليهما يمكن أن يعمل على تخفيض حدة الاضطراب، كما أن الاتجاه البيئي لا يعتبر الاضطراب السلوكي مرضاً للطفل، بل تنظر للنظام كمعيق ، وحسب الاتجاه البيئي يجب أن يتم التركيز على عدم التوازن بين الفرد وبيئته، والتصورات البيئية للاضطراب السلوكي والانفعالي لها جذور في الأنظمة المختلفة،

ومن بين المنظرين لذلك المفهوم أخصائيون أنثربولوجيون عملوا على توضيح العلاقة المتبادلـة بين الأفراد وبيئاتهم والطبيعة المتصلة بالانحراف، هذا ويتفق البيئيون على أن السلوك ناتج عن التفاعل بين القوى الداخلية وظروف البيئة.

ويلخص كل من(Steven & Conoley , 1984) الافتراضات المتعلقة بالنظرية البيئية بالأتي:

أن كل طفل هو جزء لا ينفصل من نظام اجتماعي صغير والاضطراب ليس مرضاً يصاب بـه الطفل بل هو نتيجة لعدم التوازن بين الفرد والبيئة والاضطراب يمكن أن يتحدد من عدم التكـافؤ بين قدرات الأفراد وتوقعات البيئة ومتطلباتها (يحيى،2000 : 56).

ويري الباحث من خلال الاستعراض السابق للاتجاهات النظرية المختلفة(السـلوكية – التحليلية – البيوفسيولوجية– البيئية) المفسرة للمشكلات السلوكية يمكـن القـول بـأن أسـباب المشكلات (الاضطرابات) السلوكية متعددة ومتنوعة، وبالتالي لا يمكن عزو المشكلات السلوكية إلى سبب بعينه وتجاهل الأسباب الأخرى، فيمكن أن تكون هذه المشكلات نتاج تظافر عدة أسباب وليس سبباً واحداً ، فالعادات والسلوكيات الخاطئة والشاذة المتعلمة من المحيط الاجتماعي تلعب دوراً أساسياً في تشكيل السلوك المضطرب ، وكذلك العمليات النفسية الداخلية والعوامل النفسـية البيولوجية الغريزية، والتعلم الغير ملائم في المراحل الأولى من الطفولة (الخمس سنوات الأولى) ، كل ذلك يمكن أن يكون له بالغ الأثر في تشكيل السلوك المضطرب ، وبالإضافة إلـى ذلـك لا يخفى على أحد ما العوامل البيوفسيولوجية والمتمثلة في الوراثة ووظائف أعضاء الجسم من تأثير كبير في تشكيل السلوك المضطرب، فعلى سبيل المثال أي خلل في أداء ووظيفة أي عضو مـن أعضاء جسم الإنسان، أو أي خلل في إفرازات الغدد والهرمونات، أو أي خلـل أثنـاء تكـوين الكرومسمات أو انقسامها، كل ذلك من شأنه أن يساعد في نشأة الاضطراب السلوكي ، وأيضاً من الجدير ذكره أنه لا يمكن إغفال للعوامل البيئية المحيطة بالفرد من دور في تشكيل الاضـطراب

السلوكي، وذلك من خلال عملية الاتصال والتفاعل التي تتم ما بين الفرد وبيئته ، ومن أهم هـذه العوامل البيئية العوامل الأسرية وكذلك العوامل المدرسية.

أساليب الكشف عن المشكلات السلوكية:

هناك العديد من الأساليب التي تستخدم في الكشف عن وتحديد المشكلات السلوكية، ومن أهم هذه الأساليب ما يلي:

1. مقاييس التقرير الذاتي: Self- report measures

تعد مقاييس التقرير الذاتي من أكثر المقاييس شيوعاً بين المراهقين من المرضي وذلـك لتعرف علي الأعراض المرضية المختلفة، ومع ذلك فنادراً ما يقرر الأطفال والمـراهقين أنهـم يعانون من مشكلة معينة وأنهم في حاجة إلي علاج من نوع معين، وعلي الرغم من المآخذ علي هذه المقاييس إلا أن التقييم الذاتي قد يكون له قيمته وأهميته الخاصة في قياس المشكلات السلوكية التي يحتمل أن يتم إخفاءها أو حجبها عن الوالدين (كازدين،2002 : 78) ويضيف (القريـوني، 1995) أن الدراسات أشارت إلي تقديرات المعلمين للأطفال المضطربين أفضل عنـدما يكـون السلوك المضطرب الموجه نحو الخارج كالعدوان والتخريب والحركة الزائدة، ولكن التقدير الذاتي يكون أفضل في حالة الاضطراب الموجه نحو الداخل الذي يتطلب وصف الـذات مـن خـلال المشاعر والاتجاهات والأمور الداخلية،وهذه التقديرات مفيدة للأطفال غير المقتنعـين بأنفسـهم (يحيي،2000 : 109).

2. تقارير الآخرين ذوي الأهمية : Report Ather

تعد تقارير الآخرين ذوي الأهمية بالنسبة للفرد كالوالدين والمعلمين والمعالجين على سبيل المثال من أكثر المقاييس شيوعاً عند تناول اضطرابات الأطفال، ويعتبر الوالدان أهم المصـادر التي يتم الاستناد إليها باستمرار في الحصول على المعلومات (كـازدين ،2000 : 79) كمـا

ويعتبر المعلم من أكثر الأشخاص أهمية في عملية الكشف عن الأطفـال المضـطربين انفعاليـاً وسلوكياً في سن المدرسة وقد أشارت دراسات عديدة على أن تقديرات المعلمين من أهم التقديرات وأكثرها موضوعية ، لذلك اعتمد الباحث على المعلم ومدير المدرسة والمرشد النفسي الاجتماعي وبعض أولياء الأمور عندما قام بحصر المشكلات السلوكية في المرحلة الابتدائية

3. تقديرات الأقران: Peers ratings

ترى(يحيى،2000 : 108) أن الدراسات الحديثة في علم النفس والتربية يشير إلـى أن وضع الأطفال الاجتماعي يرتبط إيجابياً مع التكيف في المدرسة ، وذلك مع التحصيل الأكاديمي وعلى هذا فإن تقديرات الأقران يعتبر إحدى الطرق المستخدمة للكشف عن المشكلات الاجتماعية والانفعالية . وعادة ما يتم استخدام المقاييس السوسيومترية التي تركز على العلاقات الشخصـية والاجتماعية في المجموعة، وتستخدم لقياس إدراك الطفل وهي مفيدة في طرق الكشف ، وإذا ما فسرت بحذر فإنها يمكن أن تكون ذات فائدة للمعلم في عملية التخطيط لطرق التدخل.

4. الملاحظة المباشرة للسلوك: Direct observation behavior

يرى ماكمهون وفورهاند(mcmahon& forehand،1998) أن سلوكيات أي مراهـق سواء في المنزل أو في المدرسة أو المجتمع المحلي يمكن أن تتم ملاحظتها بشكل مباشر ، وهناك العديد من المزايا التي تميز الملاحظة المباشرة ومن أهمها أنها تزودنا بمجموعة من التكـرارات الواقعية أو الفعلية لسلوكيات معينة سواء كانت اجتماعية أو مضادة للمجتمع ، وبذلك يتميز هـذا الأسلوب عن أسلوب التقارير الذاتية ، أو أسلوب التقارير من جانب الآخرين ذوي الأهمية بالنسبة للفرد حيث قد يتأثر هذا الأسلوب الأخير كثيراً بالأحكام والانطباعات من جانب هؤلاء الآخرين ، إلا أن هناك العديد من العوائق التي قد تصادف الملاحظة المباشرة وتعترضها بين حين وآخـر حيث نجد أن العديد من السلوكيات وخصوصاً الأفعال غير الظاهرة أو الخفية كالسرقة ، وإساءة

استخدام العقاقير على سبيل المثال لا تتم ملاحظتها بشكل مباشر، ومع هذا فإن الملاحظة يمكنها أن تضيف لنا العديد من المعلومات الفريدة التي لا تتاح إلا بواسطتها وذلك عن طريـق اختبـار سلوكيات معينة بشكل مباشر.

5. السجلات الخاصة بالمؤسسات الاجتماعية : Institutional records

يمكن الاستناد في تشخيص وتقييم السلوكيات المضادة للمجتمع(المضطربة)التي تصدر عن المراهقين إلى السجلات الخاصة بالمؤسسات الاجتماعية وذلك بشكل مستمر ، ومن الأمثلـة العديدة لتلك السجلات سجلات الشرطة، السجلات المدرسية، السجلات القضائية ، وتعد السجلات الخاصة بالمؤسسات الاجتماعية على درجة كبيرة من الأهمية لأنها تعتبر بمثابة مقاييس حول آثار المشكلة وتأثيراتها المختلفة، ومن ثم تعد ذات دلالة اجتماعية كبير ة .ومن المآخـذ علـى هـذه السجلات أن غالبية الأفعال المضادة للمجتمع أو المنحرفة لا تتم ملاحظتها أو تسجيلها أي لا يتم وصفها في سجلات معينة خاصة بها، وهذا ما أكدت عليه العديد من الدراسات مثل دراسة (إمبي، 1982**)** و(دراسة إليون وآخرين ، 1985) (كازدين،2000 **:** 80 **).**

6. المقابلات الإكلينيكية: Clinical interviews

المقابلة من أقدم وأكثر الطرق استخداماً في البحوث النفسية والاجتماعية والإنسانية، وهي طريقة أساسية لجمع البيانات كما أنها المحور الأساسي الذي تدور حوله عمليات التوجيه التربوي والمهني وعمليات الاستشارة النفسية والعلاج النفسي ، وتأتي المقابلة الشخصية كوسيلة للتـآلف بين مجموعة من المعلومات جاءت عن طريق تقارير أو أقوال الآخرين أو معوقات جاءت عـن طريق قياس القدرات والسمات الخاصة بالشخص المفحوص ما يصل إليه القائم المقابلة بنفسه عن طريق الأسئلة التي يوجهها للمفحوص وما يبدو من سلوك أثناء المقابلة(جبل،2000 **:** 378) .

7. الاختبارات النفسية: Psychological testing

هذه المجموعة من الاختبارات تستخدم للكشف عن الصراعات التي يعاني منها الطفل ، ولمعرفة ما إذا كانت الأسباب ذاتية أو لعدم قدرته على التكيف، ومن هذه المقاييس ، المقـاييس الاسقاطية مثل اختبار روشاخ (بقع الحبر)،و اختبارات الترابط الحسـي مثـل اختبـار تفهـم الموضوع للكبار ، اختبار تفهم الموضوع للأطفال (يحيى،2000 : 122)

أولاً الوقاية من المشكلات السلوكية:

يجدر الإشارة هنا إلي انه هناك بعض الاستراتجيات والإجراءات الوقائية والتي تقي من هذه المشكلات السلوكية ومن أهمها ما يلي :

1. التوعية : لا خلاف على أهمية جهود التوعية في الوقاية من الاضطرابات السلوكية كما هـو الحال في شأن التوعية بموضوعات أخرى كالأمراض الجسـمية والتلـوث ، والآداب العامـة، ومظاهر السلوك الحضاري رغم صعوبة التوعية بالاضطرابات السلوكية وما يتعلق بها.

2. التنشئة الاجتماعية : تشكل الأسرة نواة عملية التنشئة الاجتماعية فهي التي ينبغي أن تقـدم للنشئ القدوة الصالحة، سلوكاً مجسداً كما تنقل إليهم منذ الصغر تعاليم دينهم ومعـايير السـلوك الاجتماعي المقبول وغير المقبول ، وتغرس في نفوسهم القيم الأصيلة والصفات الحسنة وتحميهم من مواطن الزلل من خلال المراقبة والتوجيه المستمر، ومما لا شك فيه أن تغيير تركيب الأسرة وضعف القيم الروحية والاتجاه نحو المادية المطلقة من العوامل التي تجعل الطفل أو المراهـق يشعر بعدم الاطمئنان والاغتراب مما يولد لديه القلق والسلوك العدواني الذي يؤدي إلى الجنـوح والانحراف والخروج عن المجتمع وتكوين جماعات فرعية مضطربة.

3. تقوية الوازع الديني : تهدف التوعية الدينية إلى إعداد الفرد المتكامل الذي يتوافق مع إيمانه بالعقيدة من أجل التوافق النفسي والاجتماعي للفـرد وصـحته والتزامـه بالضـوابط الدينيـة

والاجتماعية التي تقلل من الانحرافات السلوكية في المجتمع ، وقد بينت إحدى الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية أن انتماء الشباب إلى الجماعات الدينية يساعد كثيراً على إزالة التوتر والقلق والإحباط لديهم ، ومن البديهي أن الحديث عن تقوية الوازع الديني رغم عموميته كمطلب أساسي فإنه أكثر وجوباً للحماية من بعض الاضطرابات السلوكية ذات الطابع الاجتماعي كالكذب والسرقة والعدوان والقلق وغيرها ، كما يحميه من مثل هذه الاضطرابات فمثلاً فيما اكتسبه من تعاليم دينية صحيحة.

4. استخدام نظام التربية والتعليم : يمكن توظيف نظام التربية والتعليم في الوقاية من الاضطرابات السلوكية فيما يتعلق بالمناهج والمقررات الدراسية، أو فيما يسمى بالأنشطة اللاصفية أو غير ذلك مما لا يدخل بالضرورة كجزء من المقررات الدراسية ، ويمكن الاستفادة من هذه النشاطات في تكوين ما يسمى بالجماعات المدرسية المختلفة التي تعمل على استيعاب طاقة التلاميذ في أنشطة مفيدة، وامتصاص السلوك العدواني وخفض تشتت الانتباه ، وتعليم الأمانة والصدق والالتزام، والانتماء، والتفاعل الإيجابي.

5. البرامج الإرشادية كوسيلة دفاعية: رغم أن الإجراءات الدفاعية السابقة تتصف بالعمومية ويمكن توظيفها لصالح الوقاية من عدد كبير من الاضطرابات السلوكية ، فإن البرامج الإرشادية ومجموعة أخرى من الإجراءات تعد أكثر ملائمة للاضطرابات السلوكية ذات الطابع الاجتماعي وهذا ما يراه الباحث في دراسته هذه حيث يري أن تصميم برامج إرشادية للتخفيف من حدة المشكلات السلوكية لها أهمية كبيرة في الحد منها (يوسف، 2000 : 352).

يرى الباحث أن الوقاية من المشكلات السلوكية أمر ممكن وأن هناك العديد من الوسائل للنهوض بهذا الأمر ولكن يحتاج إلى مزيد من العناية والاهتمام من المتخصصين المعنيين في فروع العلم المختلفة لعلم النفس والطب النفسي والطب وعلم الاجتماع وغيرهما.

ثانياً التدخل العلاجي للمشكلات السلوكية:

هناك بعض الأساليب المتبعة للتدخل التربوي والعلاجي مع الأشخاص المضطربين سلوكيا ومن أهم هذه الأساليب ما يلي:

1. الأسلوب السلوكي :

يعتمد هذا الأسلوب على مفاهيم النظرية السلوكية حيث يعتبرون السلوك الإنساني السوي منه اللاسوي يمكن تعديله ومحوه وإعادة تشكيله، ومن الأساليب العلاجية والإرشادية التي يعتمد عليها هذا الأسلوب العزيز الايجابي والسلبي، تشكيل السلوك، خفـض الحساسـية التـدريجي، النمذجة، الإطفاء، التصحيح الزائد (العيسوي ، 1999 : 25) .

2.الأسلوب السيكودنيمي : (القوى النفسية)

يستند هذا الأسلوب على فرضيات نظرية التحليل النفسي التي وضعها فرويد والتحليليون الجدد من بعده ومن الأساليب التي يعتمد عليها هذا الأسلوب التبصير، التـداعي الحـر، تحليـل وتفسير الأحلام، الطرح والطرح المضاد (المقاومة والتحويل).

3. الأسلوب النفس تربوي :

يعتمد هذا الأسلوب على الإجراءات التربوية والنفسية في التعامـل مـع الاضـطراب السلوكي ، ويركز على الأساليب التربوية الأبوية والأسرية والمدرسية وقد يشمل الإرشاد الأسرى لذوي الاضطرابات السلوكية ، ويشمل هذا الأسلوب على طرق تنشئة الأطفال وطرق تدريسـهم ومناهجهم وتعليمهم بهدف تقديم الخدمة الإرشادية والعلاجية لهم ، والتي يقوم بتقديمها المرشـد النفسي، أو اختصاصي التربية الخاصة، أو الطبيب النفسي ،أو طبيب الصحة العامة ورجل قياس ومختص في الخدمة الاجتماعية (القريطي ، 1998 : 52).

4. الأسلوب البيئي :

يستند هذا الأسلوب على الاتجاه البيئي ، فالبيئة التي تحيط بالإنسان تلعب دوراً أساسياً في تشكيل سلوكه النفسي والاجتماعي ، حيث أن السلوك هو نتاج تفاعل الفرد مع البيئة التي يحيا بها ، لذلك كلما عاش الإنسان في بيئة سليمة وتفاعل معها وكان هذا التفاعل إيجابياً كلما نتج عن ذلك سلوكيات إيجابية والعكس صحيح، لذلك يرى المختصون أن العلاج البيئي يقوم علـي دراسـة المؤثرات البيئة التي قد تكون مسئولة عن حدوث الاضطراب لدى الطفل، ثم القيام بالتحكم فيهـا وذلك عن طريق إزالة هذه المؤثرات أو إضافة مؤثرات بيئية منافسة ومنفصلة ومشهود لها فـي تحسين سلوكيات الطفل (العزة، 2002 : 200).

المبحث الثاني:السلوك العدواني

مقدمة:

يعتبر موضوع العدوان من أكثر المواضيع مناقشة في علم النفس ، فالحروب بين الشعوب والحروب الأهلية،والقمع السياسي والتسلط وأعمال العنف والشغب وجرائم الاختطاف والسرقة ، وردود الأفعال الشعبية الناتجة عن القمع والظلم الاجتماعي،وعدم تكـافؤ الفـرص والاحـتلال والهيمنة السياسية لدول علي أخري، كلها موضوعات تجعل من العدوان موضوعاً ملفتاً للنظـر وجديراً بالدراسة من هنا شغلت قضية العدوان الإنسان منذ فجر التاريخ ، وكانت موضوعاً قـد شغل بال رجال الدين والفلاسفة وعلماء البيولوجيا والأنثروبولوجيا وعلماء الـنفس والاجتمـاع والسياسيين، وقلما نجد فيلسوفاً أو عالماً في المجالات المختلفة لم يهتم بقضية العدوان حيـث أن العدوان من أكثر المظاهر السلوكية شيوعاً بين الأطفال.

إذ يشكل السلوك العدواني للطفل مشكلة هامة تعترض المربين بالمدرسة، والأهـل علـي حـد سواء ، حيث يجدون أ نفسهم في حيرة من أمرهم أمام طفل لا يعرفون سبب تصرفاته العدوانية بالرغم من هدوء من حوله ومساعدتهم له (ملحم،2002: 82).

ويتخذ السلوك العدواني أشكالاً عديدة عند الأطفال فمنهم من هو مستمر في عدوانيته لا ينقطـع عنها ومنهم من يتصرف بشكل عدواني في بعض المناسبات ، وبعضهم الآخر يسـلك سـلوكاً عدوانياً خاصاً كالعض والتخريب أو التمزيق أو استخدام المخالب في الخربشة أو فـي إزعـاج زملائه أو السطو علي ما لديهم ، أو العبث به بشكل يضيق احتماله ، كـذلك اسـتخدام الأدوات الحادة وعلي رأسها القلم المبري، الكتابة علي دفاتر الغير ، أو تمزيق بعض أوراقها أو الكتابـة علي الصداري أو الألبسة والحقائب ، أو الجدران والمقاعد أو تمزق ورق الجـدران أو رمـي الحقائب والأدوات والمناشف والمأكولات عل الأرض والدوس عليها ، وغير ذلك من مظـاهر

السلوك العدواني التي تعترض المربين والأهل علي حد سواء، تلك المظاهر تحتاج إلـي بـذل الجهود من قبل (المربين والأهل) من خلال الاتفاق علي أسلوب موحد والتشاور في اسـتبداله أو الانتقال إلي أسلوب أكثر تأثيراً، فمن خلال هذا التعاون يمكن أن يصلا إلي نتائج لـم تكـن متوقعة من النجاح ، وهذا لن يتأتي لا بكثير من الصبر والمتابعة والمراقبة والتوجيه والتنفـيس عن كل أشكال التوتر التي يعـاني منهـا الطفـل وإبعـاده عـن كـل مـا يـوتّره نفسـياً . (حسن:2002 :74).

تعريف العدوان :

لقد اختلفت تعريفات العدوان وتعددت، تبعاً لاختلاف زوايا الرؤية والمنطلقات النظريـة والفكرية للدارسين والباحثين في مجالات علم النفس والتربية والصحة النفسـية ، كمـا قـدمت الموسوعات والمعاجم المتخصصة تعريفات عديدة للعدوان تشترك جميعها في الاتفاق علـي أن العدوان سلوك يلحق الأذى إما بشخص أو مجموعة أشخاص أو بشئ ما، وتختلف فيما بينها في موضوع القصد من وراء العدوان (ملحم،2003: 83).

وفيما يلي عرض موجز لهذه التعريفات للعدوان علي النحو التالي:

- تعرفه (Hellen,1983:412) بأنه: اعتداء بدني أو لفظي موجه نحو الأشخاص والأشـياء بغرض الإيذاء والضرر لهم.

- ويعرفه(سيبيل اسكالونا،1986: 12) بأنه: كل المشاعر والدوافع التـي تتضـمن عنصـر التدمير وسوء النية حيال الآخرين.

- كذلك يعرفه (زهران،1987: 14) أنه: الهجوم نحو شخص أو شيء مسئول عن إعاقة بالغة مثال ذلك الكيد والتشهير والاستخفاف أو الهجاء.

- بينما يعرفه (حسين،1986: 208) أنه: أي أذي مقصود يلحقه الطفل بنفسـه، أو الأخـرين، سواء كان هذا الأذى بدنياً أو معنوياً، مباشر أو غير مباشر، صريحاً أو ضمنياً أو وسـيطياً، أو غاية في ذاته، كما يدخل في نطاق هذا السلوك أي تعد علي الأشـياء أو المقتنيـات الشخصـية بشكل مقصود، سواء أكانت هذه الأشياء ملكاً للفرد أو للغير.

- ويعرفه(Shaffer,1988:235) بأنه ذلك رد الفعل الذي يدفع المنبهات الضارة نحـو الكـائن الحي الآخر ، وهذا التعريف يري أن الألم أو المضايقة التي يسببها للآخرين تعد سلوك عدواني

- تعرف (قطامي،1989: 151) العدوان بأنه: السلوك الذي يؤدي إلي إيذاء الآخـرين سـواء أشخاص أو حيوانات أو ممتلكات ويكون هذا الإيذاء إما مادياً أو معنوياً ويتضمن هذا التعريـف محاولة إيذاء الأشخاص أو الأشياء سواء من الناحية المادية أو المعنوية.

- أيضاً تعرفه (قطامي،1989: 150) علي أنه: سلوك ينتج عنه إيذاء لشخص آخر أو إتـلاف ممتلكات الآخرين . وتري أن الصفع واللكم والبصق علي الآخرين كلها أنماط سلوكية عدوانية ، كما يعتقد آخرون أن التهديد والتحقير يعتبر سلوكاً عدوانياً لفظياً أو جسدياً.

- بينما يعرفه (الفقي، 1990: 270) بأنه: السلوك الذي يقصد أو يعمد إلي إيلام الغير أو إيذائه والطفل الصغير يلجأ إلي العدوان المباشر وذلك بالعض أو الضرب أو شد الشعر أو الركل وقد يلجأ إلي تدمير ما يملكه الشخص موضع العدوان.

- ويري (الشربيني،1994: 84) أن: العدوان هجوم أو فعل مضاد موجه نحو شخص أو شـئ ما ،وينطوي علي رغبة في التفوق علي الآخرين ، ويظهر إما في الإيـذاء أو الاسـتخفاف أو السخرية بغرض إنزال العقوبة بالآخر.

- ويعرفه (حواشين،196: 39) بأنه: ضرب من السلوك الاجتماعي غير السوي يهـدف إلـي تحقيق رغبة صاحبه في السيطرة وأيضاً هو سلوك يرمي إلي إيذاء الغير أو الذات تعويضاً عن الحرمان أو بسبب التثبيط .

- ويعرفه (العيسوي،1999: 362) فيري العدوان أنه: نزعة نحو الهجوم أو التهجم في مقابـل الانسحاب أو المساومة والتفاهم ، وذلك في مواجهة المواقف الضاغطة والتي يتعرض لها الفرد.

- أيضا يعرفه (العقاد،2001: 98)على أنه: السلوك الذي يعبر عن الايجابية وتوكيـد الـذات، وذلك في صورتها السوية لتحقيق الحياة. ويعرفه أيضاً علي أنه انتهاك للمعايير الاجتماعية ويدل علي كراهية الغير، والشخص العدواني يعمل عكس قوانين السلوك المقبولة اجتماعياً .كما يعرفه بأنه: هو شعور داخلي بالغضب و الاستياء ، ويعبر عنه ظاهرياً في صورة فعل أو سلوك يقوم به شخص أو جماعة بقصد إيقاع الأذى لشخص أو جماعة أخـري أو لـذات أو الممتلكـات ، ويأخذ العدوان صور العنف الجسمي متمثلاً في (الضرب، التشاجر، كما يتخذ صـور التـدمير وإتلاف الأشياء) والعدوان اللفظي متمثلاً في : (الكيد، الشهير،التهديد، الغمـز،اللمـز، النكتـة اللاذعة والإيذاء النفسي).

- كما يعرفه(مختار.2001: 50) علي أنه: سلوك يصدره الفرد لفظياً أو معنويـاً أو بـدنياً أو مادياً صريحاً أو ضمنياً، مباشراً أو غير مباشراً، ناشطاً أو سلبياً، ويترتب علي هـذا السـلوك إلحاق الأذى بدني أو مادي أو نقص للشخص نفسه صاحب السلوك، أو الآخرين،أو أنه: السلوك لذي يهدف إلحاق الأذى ببعض الأشخاص والموضوعات.

- تعرفه موسوعة علم النفس والتحليل النفسي : السلوك العدواني بأنه : كل فعل يتسم بالعـداء اتجاه الموضوع أو الذات ويهدف للهدم والتدمير نقيضياً للحياة، وأنه هجوم أو فعل موجة نحـو

شخص ما أو شئ ما، كما ينبغي الرغبة في الاعتداء علي الآخرين، أو إيـذائهم أو الاسـتخفاف بهم، أو السخرية منهم بغرض إنزال عقوبة بهم أو إظهار تفوق عليهم (طه،1993: 479).

- وكما يعرف السلوك العدواني علي أنه "أي سلوك يصدره فرد أو جماعة صـواب آخـر أو آخرين أو صواب ذاته لفظياً كان أم مادياً ، ايجابياً أم سلبياً ، مباشراً أو غير مباشـراً ، مثـل الغضب، أو الإحباط ،أو الدفاع عن الذات والممتلكات ، أو الرغبة في الانتقـام ، أو الحصـول علي مكاسب معينة، تترتب عليه إلحاق أذي بدني أو مادي أو نفسي بصوره معتمـده بـالطرق الأخرى (شوقي،1999: 329)

- وكما يعرف بأنه"هجوم أو فعل محددان يمكن أن يتخذا أى صـورة مـن الهجـوم المـادي والجسدي في طرف والهجوم اللفظي في الطرف الآخر ، وهذا السلوك يمكن أن يتخذ ضـد أي شئ، بما في ذلك ذات الشخص، وأحياناً يكون سلوكاً ظاهرياً وواضحاً، وأحياناً آخري يكـون التعبير عنه بطريقة إما إسقاطية علي الأخرين أو البيئة من حوله (مليجي،1971: 5)

من خلال العرض السابق لتعريفات العدوان نجد أن الجميع يؤكد علي أن:

1. العدوان يمثل سلوكاً معيناً يقوم به الإنسان.
2. قد يكون السلوك العدواني معنوياً أو مادياً.
3. يؤدى إلى إيذاء الشخص نفسه وإيذاء الآخرين.
4. أن العدوان يأخذ الوجه السلبى بينما يرى العقاد أن العدوان قد يكـون إيجابيـاً فـي بعـض المواقف وسلبياً فى مواقف أخرى.
5. يرى البعض أن العدوان ناجم عن مواقف الإحباط والصراعات الداخليـة والخارجيـة مـن مؤيدي هذا الرأي، زهران ،حواشين ،والعيسوي .

ويتفق الباحث مع هؤلاء في أن العدوان ناتج عـن مواقـف الإحبـاط والصـراعات الداخليـة والخارجية التي يواجهها الفرد مما يؤدى إلى إيذاء الآخرين لإشباع حاجة ما يرى أنه يفقـدها وقد يكون هذا الإيذاء مادياً أو معنوياً، وأن العدوان ليس دائماً يأخذ منحى سلبياً، ففـي بعـض المواقف قد يكون العدوان مقبولاً ومطلوباً لاستمرار البقاء، كما يحدث عندما تعتدي دولة علـى سيادة دولة أخرى فالتصدي لهذا العدوان بعدوان مماثل يعتبر أمر واجب ومشروع.

ويعرف الباحث السلوك العدواني بأنه " عبارة عن سلوك ناجم عن تفاعل الطاقة الكامنة بـداخل طفل المدرسة مع عوائق خارجية ضاغطة موجودة في بيئة الفرد بحيث تحد من تحقيق أهدافـه مما يؤدي إلي إيذاء الآخرين، وقد يوجه هذا العدوان نحو ذاته أو نحو الآخرين كما قد يكون هذا الإيذاء إما مادياً أو معنوياً.

مظاهر السلوك العدواني:

تختلف صور التعبير عن العدوان باختلاف السن والثقافة وأسـلوب التربيـة والتكـوين النفسي والنمط الخلقي الذي نشأ عليها الفرد ، ويتمثل العدوان في صور متعددة منها:

1. ما يظهر علي قسمات الوجه مثل: التهجم، العبوس، احمرار الوجه، النظرات الغاضبة .
2. من خال الفم مثل:العض، البصق، إصدار أصوات الزراية، الاحتقار، الاستنكار ، التهديد.
3. من خلال الجسم مثل: الارتماء علي الأرض، الرفس، التشنج ، الإغماء، ، التلويح باليـدين والقدمين للثأر، الضرب، رمي الأشياء، الدفع ، الخدش، شد الشعر (مختار،1999: 53)
4. من خلال الصور اللفظية مثل: الصياح، الصراخ، الألفاظ الجارحة والسباب والبـذاءة فـي القول، السخرية والتهكم وإطلاق الشائعات ، الكيد،التشهير، الهجاء،اللعن ، الإغاظـة ، اللـوم ، النقد (سري،2003: 37).

وعلي الرغم من ظهور العدوان لدي الجنسين إلا أن الذكور أكثر عدوانية من الإناث ، وقد تـم الكشف عن هذه المعلومات من خلال أكثر من 100 دراسة أجريـت فـي دول العـالم والتـي أظهرت أن الأولاد والرجال ليسوا أكثر عدوانية جسدية فقط من الإناث بل أيضـاً هـم أكثـر عدوانية لفظية منهن (شفير،1988: 252)

5. من خلال الصور المعنوية مثل : الانتقام ، العناد ، المخالفة ، التحدي ، التخاف ، التـدهور والفشل في العمل ، والإهمال من خلال اللامبالاة ، وعدم الاكتراث بـالآخرين أو بالموضـوع، والتحقير من شأنه.فمثلا: الوالد الذي يهمل حاجات طفله، ولا يستمع إليه ، فنجد أن العدوان يولّد عدواناً في نفس الطفل ، قد يعبر عنه الطفل ، بعدوان مماثل في إهمـال دروسـه، أو بالعنـاد والمخالفة أو بالتخريب (مختار،2001: 53) ، العصيان، التمرد ،عدم الإذعـان أو الطاعـة ، القسوة، الرفض،الشجار المستمر.(القريطي، 1998: 327)

6.مـن خـلال الأفعـال العدوانيـة العلنيـة مثـل: إشـعال الحرائـق ،مقاومـة السـلطات وتحديها،(القريطي،1988: 327).الضرب، الدفع ،الركل ،الطعن، التشاجر، أو التخريـب أو أي نوع من أساليب الإيذاء، التي يستخدمها الأطفال مع بعضهم كتمزيق الكتـب أو الكراسـات أو إخفائهـا، أو الكتابـة عليهـا، أو الكتابـة علـي الجـدران. (مختـار،2001: 54) وتتفـق (قنـــاوي،19991: 307) مـــع كـــل مـــن (مختـــار،2001: 53) (القريطي،1998:337)،(سري،2003: 37) في بعض مظاهر السلوك العدواني وخاصة منهـا ما يتعلق في الصور اللفظية والأفعال العلنية وتضيف إليها التالي : الكلام المتسـم بالسـيطرة، الشتائم، التهديد بما سيفعلونه بالآخرين ، تعبيرات تدل علي الاستياء مـن سـلطة الراشـدين أو الآباء أو الأقران أو الإخوة أو الأقليات مثل (أنا لا أحبك ،أنا أكرهك، كلها تدل علـي رفـض الآخرين)،وفيما يتعلق بالأفعال العلنية فتضيف التالي: دفع أو شد الآخرين ، القـرص ، إلقـاء

الأشياء علي الآخرين، حمل أو التلويح بمسدسات أو أشياء أخري أيضا يتفق (هـارت،1955: 84) مع كل من (قناوي،1991: 308)، و(مختار.2001: 53)، (القريطي،1998: 337) في مظاهر السلوك العدواني اللفظي مثل سوف أقتلك أنا سوف أقطعك إلي قطع صغيرة أنا سـوف أهرب منك ولن تراني أبداً مرة أخري. وكذلك تشير (قناوي ،19991: 308) إلي بعض صور العدوان المتمثل في العدوان الموجه نحو الممتلكات كتلطيخ ملابسهم ، وملابـس الآخـرين أو تمزيقها ، ثقب إطارات السيارات ، خدش الأدراج أو الكتابة عليها ،تكسير الكراسـي ، ضـياع ألعابهم وحاجاتهم الخاصة لإغاظة والديهم . وتري (قناوي 1991:308) أن الأطفال يبدو أنهـم ينفذون ما يشبه خطه موضوعة لإتلاف ممتلكات الآخرين، أيضاً يتفق (العيسوي،1999: 362) مع كل من (مختار،2001: 53) و(قناوي،19991: 307) في أن الطفل قد يسلك سلوكاً عدوانياً فعلياً أو لفظياً، وهي أكثر شيوعاً بين أطفال ما قبل المدرسة يضيف عليهم ما يلـي ، القـذف ، النيل من السمعة، الحط من القدر، هدر حقوق الآخرين، الإضرار بالمصلحة العمومية للمجتمع، الإضرار بالأمن العام ، إطلاق النكات، ترويج الشائعات، إلحـاق الأذى المـادي أو المعنـوي بالذات،أما (قطامي،1989: 151) فتشير إلي أن صور العدوان عند الأطفال يأخذ مظهراً معنوياً مثل: التقليل من شأن وأهمية أعمال الآخرين ومخططاتهم، إطلاق الشائعات حول شخص معين أو قضية معينة ، وقد يأخذ أيضاً مظهراً مادياً (فعلياً) مثل: الانسحاب المتعمد من الموقف الـذي يكون فيه الفرد الأخر بحاجة للمساعدة.

ويشير (مختار ،2001: 54) إلي أن حركات بعض الأطفال العدوانيين يمكن أن توصف بأنهـا سريعة حاسمة مهتزة ، وأحياناً وبغير سبب واضح ينتزعون من الأطفال الآخرين أشياءهم ، كما أن الأطفال العدوانيين يظهرون أحياناً في علاقتهم مع المعلمين بمظهر التدني، عـدم الحيـاء، ويظهر بعضهم بمظهر التحدي فيميلون إلي المشاحنة والاعتداء.

أشكال السلوك العدواني:

تتعدد أشكال السلوك العدواني حيث يمكن تصنيفه إلي:

1. العدوان المقصود وينقسم إلي نوعين هما:

أ- العدوان الو سيلي (دفاعي) instrument aggression

- وهو سلوك يسلكه صاحبه بطريقة عدائية من أجل الحصول علي ما لدي الشـخص الآخـر وليس من أجل إيذائه (الرفاعي،1989: 152)

- ويتفق علاوي وقطامي حيث يرون أن العدوان الو سيلي هو ذلك السلوك الذي يحاول إصـابة كائن آخر لإحداث الألم و الإذي أو المعاناة للشخص الآخر بهدف الحصـول علـي تعزيـز أو تدعيم خارجي مثل: تشجيع الوالدين والمحيطين من حوله له، وليس بهدف مشاهدة مدي معانـاة المعتدي عليه،وفي هذه الحالة يكون السلوك العدواني وسيلة لغاية معينة، مثل الحصـول علـي ثواب أو حافز أو تشجيع خارجي (علاوي،1998: 12)،(قطامي،1989: 152).

- كذلك يؤيد العقاد رأيي كل من علاوي وقطامي حيث يرون أن العدوان الو سيلي ينطوي علي مقاصد نوايا الاذي ، إلا أن هدفه الأساسي يتمثل في حماية الذات أو بعض الأهداف الأخـرى ، مثل الملاكم الذي يسعي إلي إيذاء خصمه بهدف تحقيق الانتصار والشهرة (العقاد، 2001: 99)

- كما ويشير مختار أن العدوان الو سيلي هو يتفجر عند صنع شـئ أو بلوغـه، وهـو غيـر شخصي علي الرغم من احتمال تعرض الآخرين لآثاره (مختار،2001: 52)

- وقد بينت دراستي (داوز ،1934)و (هارتوب،1974) أن عدوانية طفل مـا قبـل المدرسـة وسيلة، ويختفي هذا النوع بالتدريج منذ العام الثاني للطفل وحتى العـام الخـامس كمـا بينـت الدراستان أن اضمحلال العدوان الو سيلي توافق بتصاعد العدوان الكرهي ، وأن كلا الاتجاهين

يستمر حتى الطفولة الوسطي للطفل ، وذلك إضافة إلي انخفاض العدوان لدي أبناء السادسـة و السابعة، عما هو عليه لدي أبناء ما قبل المدرسة الذين يبدون مقداراً كبيراً من العدوان الكرهي .

- ويضيف(يانس) أن هذا النوع من العدوان غالباً ما يتسم به أطفال ما قبل المدرسـة، وهـو عبارة عن سلوك طفولي يهدف إلي تحقيق الإرضاء الغريزي قدر الإمكان ويدفع بالطفـل إلـي محاولة السيطرة علي من هم في بيئته حتى لو اقتضي الأمر إيقاع الألم بالآخرين، ومثال هـذا السلوك ، قيام طفل بضرب طفل آخر وتخليصه ما بيده من حلوي ، ويظهر السلوك العـدواني الو سيلي بصورة جلية في الشجارات التي تحدث بين أطفال الحضانة الذين يتراوح أعمارهم بين سنة ونصف وخمس سنوات ، ويلاحظ المربون أن هذا السلوك يتراجـع مـع النمـو العقلـي والاجتماعي ، حينما يصبح بمقدور الأطفال لجم نزواتهم العدوانيـة وضـبطها علـى أسـاس التحريمـات الاجتماعيـة والقانونيـة فـي البيـت والمدرسـة (يـانس،1993: 221)

ب- العدوان العدائي (الكرهي) Hostile aggression

ويهدف هذا النوع إلي إيذاء الأشخاص الآخرين ، وعادة ما يكون مصاحباً بأحاسـيس ومشاعر الغضب نحوهم. (الأشول،1982: 326).

ويبدأ هذا السلوك بالنمو مترافقاً مع اضمحلال العدوان الو سيلي، ويصل إلي ذروته في مرحلـة المرهقة ، ومثال هذا السلوك أن الطفل أو الراشد المراهق ، يتجه إلـي إيقـاع الأذى النفسـي والجسدي بشخص معين، تنفيساً عن شعوره بالكراهية، أو الغضب تجاهه ، ويلاحظ أن العدوانية تشتد بفعل التقمص أو التقليد ، حيث يقوم الطفل ومنذ سنواته الأولي بمحاولة تقليد أفعال الكبـار ومشاعرهم ، وهي عملية لا شعورية كما يري فرويد ، فالطفل المتقمص لمشاعر كراهية والديه أو إحداهما أو لشخص أو لشئ آخر ويسقطها علي الآخرين وإنما يعبر عـن كبتـه ، وتؤكـد

الدراسات المتعلقة بالشخصية العدوانية أنها تستمد الكثير من دوافعها من خلال الـتقمص غيـر الواعي لأفعال الكبار ومشاعرهم وكذلك من خلال التقليد والنسخ ، ومن هنا تبرز أهمية صورة الوالدين التي يقدمانها لطفلهما باعتبارها نموذجاً لصنع راشد المستقبل تسهم بقدر كبير في تكوين وتطور نموه النفسي و الخلقي. (يانس،1993: 221)

- ويؤكد (علاوي ، 1998) ما ذكره يانس فيما يتعلق بالسلوك العدائي الكرهى ولكن يضـيف عليه في أن هدف الشخص المعتدي التمتع والرضا بمشاهدة الأذى أو الألم أو المعاناة التي لحقت بالفرد المعتدي عليه كنتيجة لهذا السلوك العدواني، ويعتبر السلوك العدواني غاية في حد ذاتـه ، وعلي الرغم من صعوبة التفريق بين هذين النوعين من السلوك العدواني(الو سيلي،والكرهي)، إلا أن محك التمييز بينهما يكمن في أن انفعال الغضب يكون مصاحباً للسلوك العدواني الكرهي، ولا يشترط تواجده في السلوك العدواني الو سيلي.

2. العدوان غير المقصود: Intentional aggression Ghabr

أنه السلوك الذي يوقعه الفرد علي شخص أو شيء ما دون قصد أو تعمد مترصد ، مثل: الطفل الذي يتسم بحركة زائدة فيمكن أن يؤذي الآخرين دون علم منه من هنـا ضـرورة أخـذ النيات بعين الاعتبار عند معاقبه الطفل الذي قام بسلوك فيه عدوان ما.

3. العدوان الاجتماعي:Social aggression

ويشمل الأفعال العدوانية التي يظلم بها الإنسان غيره وتؤدي إلي فساد المجتمع ، وهـي الأفعال التي فيها تعد علي الكليات الخمس هي (المال،النفس،العرض،العقل،الدين)

كماهو اعتداء الطفل علي الآخرين المحيطين به ، أو الاعتداء علي ممتلكاتهم ، والخروج علـي القوانين والنظم المعمول بها ، وعدم الالتزام بالسلوك المقبول اجتماعياً،وينقسم هذا النـوع إلـي نمطين هما(قطامي ،1989: 151).

أ- العدوان الجسماني

وهو اعتداء الطفل علي الآخرين بأعضاء جسمه ، مثل الضرب والركل ، والعض مستخدماً في ذلك يديه ورجليه وأظافره وأسنانه.

ب- العدوان اللفظي:

وهو السلوك العدواني الذي يقف عند حدود الكلام، مثل السب والشتم والتوبيخ ووصف الآخرين بعيوب وصفات سيئة ، كما يشمل أيضاً الكذب الذي يوقع الفتنة بين الآخرين.

4.العدوان الايجابي: Aggression positive

هو الجزء العدواني من الطبيعة الإنسانية ليس فقط للحماية من الهجوم الخارجي، ولكنه أيضاً لكل الإنجازات العقلية، وللحصول علي الاستقلال، وهو أساس الفخر والاعتـزاز الـذي يجعل الفرد مرفوع الرأس وسط زملائه كالتنافس الشريف في مجـال مـن مجـالات الحيـاة، كالتنافس بين الزملاء في الدراسة أو العمل.

5. العدوان السلبي:Passive aggression

إذا تحول عن وعي أو غير وعي إلي حمل السلاح ، فإنه يعمل لصالح الموت والخراب بالنسبة للإنسان والبيئة علي حد سواء، ومن خلال هذين النوعين (الإيجابي والسلبي) نـري أن العدوان قد يحمل في طياته سمة القبول من قبل الآخرين وتأييداً للشخص المعتدي فـي مواقـف معينة،وفي نفس الوقت يحمل سمة العدائية السلبية إذا كان يقصد من ورائه إيذاء الآخرين فقـط. (العقاد،2001: 99) .

5. العدوان الموجه نحو الذات:Aggression directed towards self

يحدث هذا النوع من العدوان لدي الأطفال المضطربين سلوكياً حيث عدوانهم نحو الذات ، يهدف إلي إيذاء النفس وإيقاع الأذى بها ، ويأخذ هذا النوع من العدوان أشكالاً متعددة مثل تمزيق الطفل ملابسه وكتبه ، أو لطم وجهه وشد شعره ، أو ضرب رأسه بالحائط ، أو جرح جسمه بأظافره ، أو عض أصابع يديه أو حرق أجزاء من جسمه أو كيها بالنار.

6.العدوان المباشر:Direct aggression

هو العدوان الذي يوجهه الطفل بشكل مباشر إلي الشخص مصدر الإحباط ويظهر علي شكل مشاجرات ، الضرب ، الإيذاء بالكلام ، التهديد،أو يوجهه الطفل ضد شخص بالذات ، طفلاً كان (كأخيه أو غيره) أو كبيراً (كأمه أو أبيه أو مربيه) (الزعبي،1994: 201).

7. العدوان غير المباشر:Indirect aggressions

ربما يفشل الطفل في توجيه عدوانه مباشرة إلي مصدر الإحباط خوفاً من العقاب أو نتيجة الإحساس بعدم الندية فيحول سلوكه العدواني إلي طرف أخر (قد يكون شخصاً، أو ممتلكات) بحيث يكون قادراً علي توجيه العدوان له . (ملحم ،2002: 29)

وعادة ما يكون السلوك العدواني غير المباشر كامناً وكثيراً ما يحدث من قبل الأطفال الأذكياء ، حيث يتصفون بحبهم للمعارضة و إيذاء الآخرين بسخريتهم منهم ، أو بتحريض الآخرين للقيام بأعمال غير مرغوبة اجتماعياً. (الزعبي ،1994: 201)

8. المضايقة: Harassment

تمثل المضايقة إحدى صور العدوان وأشكاله المتعددة ،والتي تؤدي في غالب الأحيان إلي شجار حيث يبدأ الطفل بمضايقة طفل أخر أو أطفال آخرين عن طريق السخرية والتقليل من شأن الطرف الآخر.

9. البلطجة والتنمر: Bullying and bullying

قد يوجه الطفل سلوكه العدواني نحو شخص أو شئ أخر بهدف التلذذ بمشاهدة معاناة الضحية من بعض الآلام والمظاهر الجسدية التي يتركها المعتدي علي المعتدي عليه، ويستخدم مثل هؤلاء الأطفال بعض الأساليب العدوانية كشد الشعر أو الأذنين أو الملابس أو القرص أو العض أو غير ذلك(ملحم ، 2002 : 219).

العدوان في الشرع:

العدوان ظاهره قديمة قدم الإنسان علي هذه الأرض، وليس ظاهرة حديثة تعاني منها المجتمعات الحديثة وتهدد مستقبلها، فلقد أخبرنا القرآن حينما أراد ا أن يستخلف بني أدم في الأرض،تعجب الملائكة لذلك لعلمهم من ا بفساده ومعصيته وإراقته للدماء بالقتل والعدوان .

قال ا تعالي"وإذا قال ربك للملائكة إني جاعِلٌ فِي الأرضِ خَلِيفَةً ، قَالُواْ أَتَجعلُ فِيها من يفْسِد فِيها ويسفك الدماء ونحن نسبح بحمدك ونقدس لك ،قال إني أعلم ما لا تعلمون" (البقرة:30)

ويتضح من سؤال الملائكة عز وجل في الآية السابقة أن العدوان كان موجوداً في الماضي وما يزال وسيبقي إلي أن يرث ا الأرض ومن عليها لحكمة لا يعلمها إلا ا سبحانه وتعالي.

وقد أخبرنا القرآن الكريم أن أول عدوان وقع في تاريخ الإنسانية هو عدوان بني أدم ، حينما قتل قابيل أخاه هابيل ظلماً وحسداً لتقبل ا من هابيل قربانه . (الصابوني،1989: 338).

قال ا تعالي " واتل عليهم نبأ ابني ادم بالحق إذ قربا قربانا فتقبل من أحدهما ولم يتقبل من الآخر قال لاقتلنك قال أنما يتقبل ا من المتقين ، لئن بسطت إلي يدك لتقتلني ما أنا بباسط يدي إليك لأقتلك إني أخاف ا رب العالمين ، إني أريد أن تبوء بإثمي وإثمك فتكون من أصحاب

النار وذلك جزاء الظالمين فطوعت له نفسه قتل أخيه فقتلة فأصبح من الخاسرين" (المائدة:27-30).

يري كمال مرسي أن العدوان هو كل فعل أو قول فيه إيذاء للنفس أو الآخرين ويقسم من الناحية الشرعية إلي ثلاثة أقسام هي:

أ- عدوان لا اجتماعي:

يقصد به كل الأفعال المؤذية التي يظلم بها الإنسان نفسه أو غيره وتهدف إلـي فسـاد المجتمع، وهو محرم شرعاً وقانوناً كقتل النفس ، والزنا ، القذف، السرقة، الفساد، البغي، قـال تعالي في حق قاتل النفس" ومن يقتل مؤمناً معتمداً فجزاؤه جهنم خالداً فيها ، وغضب ا عليـه ولعنه وأعد له عذاباً عظيماً" (النساء:93)،وقوله (ص) "أول ما يقضي بين الناس يوم القيامة في الدماء "(الجزائري ،1976: 439)،وقال تعالي في حق من يزني"الزانية والزاني فاجلـدوا كـل واحد منهما مائة جلدة" (النور:2)وقال تعالي في حق السارق" السارق والسارقة فاقطعوا أيـديهما جزاء بنا كسبت نكالا من ا وا عزيز حكيم" (المائدة:38)،وقال في حق المفسد فـي الأرض "إنما جزاء الذين يحاربون ا ورسوله ويسعون في الأرض فساداً أن يقتلوا أو يصلبوا أو تقطيع أيديهم وأرجلهم من خلاف ، أو ينفوا من الأرض ، ذلك لهم خزي في الدنيا ولهم فـي الآخـرة عذاب عظيم "(المائدة:33)،وقال عز وجل في حق الرمي بالفاحشة "والذين يرمون المحصـنات ثم لم يأتوا بأربعة شهداء فاجلدوهم ثمانين جلده ، ولا تقبلوا لهـم شـهادة أبـدا ، وألئـك هـم الفاسقون ، إلا الذين تابوا من بعد ذلك وأصلحوا فأن ا غفور رحيم" (النور:4)،وقال في حـق الجماعة التي تبغي "وإن طائفتان من المؤمنين اقتتلوا فأصلحوا بينهما فان بغت إحـداهما علـي الأخرى فقاتلوا التي تبغي حتى تفئ إلي أمر ا " (الحجرات:9).كما نهي ا عن الإيذاء فـي قوله" والذين يؤذون المؤمنين والمؤمنات بغير ما اكتسبوا ، فقد احتملـوا بهتانـاً وإثمـا مبينـاً"

(الأحزاب:58)، وقد حرم الإسلام هذا النوع من العدوان ودعا إلي التعاون ويتضح ذلك في قوله تعالي "وتعاونوا علي البر والتقوى ولا تعاونوا علي الإثم والعدوان " (المائدة:2).

كما نهي الرسول صلي ا عليه وسلم عن أذي وظلم المسلم لأخيه المسلم فقال "المسلم من سلم المسلمون من لسانه ويده والمهاجر من هجر ما نهي ا عنه" رواه البخاري في صحيحه وأبو داوود في السنن (النووي،1955: 572)،كما روي عن النبي صلي ا عليه وسلم عن ربه في النهي عن الظلم" يا عبادي إني حرمت الظلم علي نفسي وجعلته بينكم محرما فلا تظالموا "رواه مسلم والترمذي (الجزائري ،1976: 162) ، كما قال الرسول صلي ا عليه وسلم "المسلم أخو المسلم لا يخونه ولا يكذبه ولا يخذله كل المسلم علي المسلم حرام عرضه وماله ودمه"

ب- عدوان إلزام:

يقصد به الأفعال المؤذية التي يجب علي كل شخص القيام بها لرد الظلم والدفاع عن النفس والوطن والعرض والدين ، وهو عدوان فرض عين علي كل قادر عليه.

قال تعالي " كُتبِ علَيكُم الْقِتَالُ وهو كُره لَكُم وعسي أَن تَكْرهوا شَيئاً وهو خَير لَكُم" (البقرة: 216) وقال " وقَاتلُوهم حتَي لاَ تَكُون فتْنَةٌ ويكُون الدين كُلُّه "(الأنفال:39)وقال"وقَاتِلُوا فِي سبِيلِ ا الَّذِين يقَاتلُونَكُم ولاَ تَعتَدوا إِن ا لاَ يحب الْمعتَدِين (البقرة:190)

لقد أمر ا سبحانه وتعالي بالجهاد ، وجعله فريضة علي كل مسلم لدفع العدوان والشر وحفظ الأموال و الأنفس ورعاية الحق وصيانة العدل ، وتعميم الخير ونشر الفضيلة،وقال ا تعالي "فَلاَ تُطِعِ الْكَافِرِين وجاهدهم بِهِ جِهاداً كَبِيراً" (الفرقان:52) وقوله"وقاتلوا المشركين كافة كما يقاتلونكم كافةً" (التوبة:36).

كما يتضح ذلك في قوله تعالي " يا أَيها الَّذِين آمنُوا هل أَدلُّكُم علَي تِجارةٍ تُنجِيكُم مِن عذَابٍ أَلِيمٍ ، تُؤْمِنُون بِا ورسوله وتجاهدون فِي سبِيل ا بِأَموالِكُم وأَنْفُسِكُم ذَلكُم خَير لَكُم إِن كُنْتُم تَعلَمون ،

يغْفر لَكُم ذُنُوبكُم ويدخِلْكم جنَاتٍ تَجرِي مِن تَحتِها الأَنْهار ومساكِن طَيبةً فِي جناتِ عـدنٍ ذَلِـك الْفَوز الْعظِيم" (الصف :10-12) ،كما أمر الرسول صلي ا عليه وسلم محاربة الكفار باليـد والمال واللسان والقلب لقوله"من رأي منكم منكراً فليغيره بيده فإن لم يستطع فبلسـانه فـإن لـم يستطع فبقلبه وذلك أضعف الإيمـان "أخرجـه مسـلم فـي صـحيحه والترمـذي والنسـائي (الجزائري ،1976: 300).

ويعلي الإسلام من مكانة المقاتلين دفاعا عن الدين و المال والعرض ويضعهم في مرتبة النبيـين والصديقين ويتضح ذلك في قوله صلي ا عليه وسلم " ومن قتل دون ماله فهو شهيد، ومن قتل دون دينه فهو شهيد ، ومن قتل دون دمه فهو شهيد ، ومن قتل دون أهله فهو شهيد "رواه أبـو داود والترمذي والنسائي في السنن (ابن تيمه د.ت: 95)

ج- عدوان مباح :

يقصد به الأفعال المؤذية التي يحق للإنسان عملها قصاصاً ممن اعتدي عليـه ، وهـذا النوع لا يؤثم فاعله ويثاب تاركه ، فالإسلام أباح رد العدوان بالعدوان ولكنه حث علي الصـفح والعفو ، قال تعالي " وكَتَبنَا علَيهِم فِيها أَن النَّفْس بِالنَّفْسِ والْعين بِالْعينِ والأَذُن بِـالأُذُنِ والسـن بِالسن والْجروح قِصاص فَمن تَصدقَ بِهِ فَهو كَفَّارة لَه" (المائدة: 45). وقوله (ومن قُتِلَ مظْلُوماً فَقَد جعلْنَا لِولِيهِ سلْطَاناً فَلا يسرِفْ فِي الْقَتْلِ إِنَّه كَان منْصوراً" (الإسـراء: 33) وقولـه " ولا تستوي الحسنه ولا السيئة ادفع بالتي هي أحسن فإذا الذي بينك وبينه عداوة كأنه ولي حميـم" (فصلت: 34) وقوله " وما خَلَقْنَا السماواتِ والأَرض وما بينَهما إِلاَّ بِـالْحق وإِن السـاعةَ لَآتِيـةٌ فَاصفَحِ الصفْح الْجمِيلَ" (الحجر: 85) وكما حث ا علي العفو في قوله " فَمن عفِي لَه مِن أَخِيهِ شَيءٌ فَاتِّباع بِالْمعروفِ وأَداء إِلَيهِ بِإِحسانٍ " (البقرة: 178)،وقوله "فَمن عفَا وأَصلَح فَأَجره علَى

كما دعا رسول ا صلي ا عليه وسلم علي العفو الصفح والتسامح في القصاص فقال " ما عفا رجل عن مظلمة إلا زاده ا بها عزاً " (أخرجه احمد في المسند) ا

ويرى الباحث من خلال عرض أقسام العدوان ، أن العدوان الاجتماعي هو أخطر أنواع العدوان حيث يعد سببا في كل عدوان ، فالعدوان الإلزامي شرعه ا لردع المعتدي ظلماً ، كما أبيح عدوان القصاص لمعاقبه من اعتدي علي غيره ظلماً ، ولذا يقصر الباحثون مفهوم العدوان علي العدوان الاجتماعي ، ويبدأ يعد العدوان الإلزامي عدواناً ايجابياً لما فيه مصلحة الأمة المسلمة ،وعدوان القصاص لما فيه من العدل والإنصاف .

ومن هنا نجد أن الدين الإسلامي لا يقر بالعدوان وإنه إذا ما ارتكب أفعالاً عدوانية فإن الدين منها براء ، فقد حرم الإسلام العدوان ودعا إلي التعاون ، وإذا كان الإسلام قد أقر العدوان في بعض الأحيان فهو ليس مبدأ هجومياً، وإنما هو مبدأ وقائي وذلك لردع العدوان الواقع علي المسلمين كما في عدوان الإلزام ، كما أباح رد العدوان بالعدوان كما في العدوان المباح لما فيه من العدل والإنصاف بين المسلمين.

ويري الباحث من خلال العرض السابق يتضح أن هناك مظاهر وأشكال مختلفة للسلوك العدواني ، منه ما هو مباشر ومنه ما هو غير مباشر ، ومنه ما هو فردي ومنه ما هو جماعي، ومنه ما هو سلبي ومنه ما هو إيجابي ، كما وجد الباحث أن هناك بعض المظاهر الشائعة بين الأطفال وخاصة منها المظاهر(اللفظية العلنية) نظراً لصغر سن الأطفال ، وعدم قدرتهم علي مواجهة المواقف المحبطة كما يري الباحث أن أشكال السلوك العدواني التالية:(الإلزامي، والمباح ،والاجتماعي) لا يسلكها الأطفال نظراً لصغر سنهم ، وإنما شائعة بين عالم الكبار، وكذلك يري الباحث أن العدوان(الإلزامي ،المباح، الإيجابي) ليست أشكالاً عدوانية منبوذة ، بل تعتبر مقبولة ويحبذها المجتمع، فإذا تعرض أمن واستقرار الفرد وجب عليه أن يواجهه ويرد

عنه الخطر ، وهناك العديد من الآيات القرآنية التي تؤكد وتدعو إلي ضـرورة وجـود القـوه والعدوان، حتى تتمكن البشرية من العيش بأمان وسلام ، وأعاده الحقوق إلي أهلها .

كما يري الباحث نتيجة العمل الميداني من واقع خبرته الطويلة في مجال الارشاد ،أن العدوان الوسيلي من أكثر أشكال السلوك العدواني شيوعاً، بين أطفال المدارس الابتدائية وأنهم يلجئـون إلي هذا السلوك بهدف تحقيق مطالبهم وليس بهدف الإيذاء .

كما اتضح أيضاً أن نمط العدوان الموجه نحو الذات ونحو الآخرين من أخطر أنماط العدوان، بل يكاد يكون سلوك مرضي لدي الطفل إذا لم تكن هناك دواعي لظهورها وينبغي علـي الوالـدين عدم التهاون بحالة الطفل أذا ما ظهرت عليه أعراض هذين النمطين أو كلاهمـا مـن خـلال عرضه علي أخصائي ، نفسي قبل أن تتفاقم الحالة.

ويلاحظ أن العدوان الفردي غالباً ما يمارسه الطفل لجذب الانتباه إليه حيث يشعر الطفـل فـي لحظه ما أنه قد أهمل من قبل المحيطين وخاصة الأبوين ، فيعمد إليه ممارسه بعض المظـاهر العدوانية لاستعادة اهتمام والديه إليه ، ونلاحظ ذلك بوضوح ، عندما يأتي مولـود جديـد فـي الأسرة ، فينتقل مركز اهتمام الوالدين للمولود الجديد، مما يدفع الطفل إلي أن يسلك سلوكاً عدائياً تجاه أخيه (المولود) كضربه أو عضه لجلب اهتمام والديه إليه .

كذلك يري الباحث أن شكل العدوان الباطجي والتنمر يكاد يتشابه في المضمون مع شكل العدوان الكرهي ، حيث يسلكها الطفل بهدف التلذذ بمعاناة الضحية (المعتدى عليه) ، وفي الختام يـري الباحث أن مهما تعددت مظاهر وأشكال السلوك العدواني ، إلا أن جميعها تعبر عن حدوث شرخ في حياه الطفل نتيجة صراعات وإحباطات متكررة ، مما ينجم عنه توليد العدوان لدي الطفل.

أسباب السلوك العدواني:

يسلك جميع الأشخاص بعدوانية في بعض الأوقات ، كما أن السلوك العدواني قد يكـون مظهر متعذر اجتنابه في الظروف والنوع الإنساني ، ولقد حاولت العديد من النظريات تفسـير مصادر السلوك العدواني ، وهل هو سمة وراثية ، أو أنه ينمـو نتيجـة الاسـتجابة للخبـرات المحيطة في مرحلة الطفولة، أو أنه متعلم عن طريق التدعيم الأبـوي أو بواسـطة المكافـآت الاجتماعية الأخرى (الأشول، 1982: 326).

وبناء علي ذلك يمكن تقسيم العوامل المسببة للسلوك العدواني إلي عدة أقسـام منهـا العوامـل الوراثية و العوامل البيولوجية والعوامل الفسيولوجية والعوامل الاجتماعية والعوامـل النفسـية والعوامل الجسمية.

1.العوامل الوراثية:

تفترض الأدلة الحديثة أن الوراثة تلعب دوراً في ظهور الاختلافات أو الفروق الفرديـة في السلوك العدواني ، فقد وجد أنه في حاله التوائم الصينية من نفس الجنس أنهم يكونون أكثـر تشابهاً في العدوان من التوائم الأخوية ،و عليه فقد افترض أن العوامل الوراثية تلعب دوراً فـي نمو السلوك العدواني وتحديد مظاهره (عبد ا ،1997: 236)

كذلك الشذوذ في الصبغات الوراثية إلي جانب اضطراب في وظيفة الدماغ، مثل النقص في نمو الجهاز العصبي يؤثر في ظهور العدوان (مختار،2001: 58) .

2.العوامل البيولوجية:

يتسم السلوك البشري السوي بالضبط البيوكيميائي، بمعني أن ثمة صورة واضحة عـن أثر الفسيولوجيا علي السلوك التكيفي تبدو في وجود جهاز الغدد الصماء، وهو عبارة عن شبكة محطات الهرمون التي تفرز المواد البيوكيميائية ذات الأثر الكبير في مجري الدم مباشرة،وتعتبر

الغدة النخامية بمثابة "مايسترون" جهاز الغدد بوجه عام، وذلك بما تفرزه من هرمون يؤثر فـي الوظائف السيكولوجية، كأن يعاني فرد من اضطراب الأنسولين الذي تفرزه غـدة البنكريـاس ويكمن هذا الاضطراب ،في وجود ورم في البنكرياس يفرز الأنسولين وفي مثل هذه الظـروف يستمر إفراز الأنسولين في مجري الدم بصرف النظر عن مستوى السكر في الدم ، وفي مثـل هذه الحالة أيضاً يحِدث السحب الزائد للسكر في دم وخلايا المخ أعراضـاً خطيـرة كالضـعف الجسمي ، والخلط الذهني ، والرؤية المزدوجة وحدوث النوبات والتشنجات ، ومن تنتابه هـذه الاضطرابات بشكل مزمن يشعر بعدم القدرة علي التعامل بشكل مناسب مع المتطلبات العاديـة للحياة ، ومن هنا ندرك أثر العوامل البيولوجية علي السلوك الإنساني سلباً أو إيجاباً، أو سوياً أو لا سوياً (الشربيني،2003: 159).

3. العوامل الفسيولوجية:

لم تستطيع البحوث التجريبية إقامة الدليل الكافي علي صحة التصور القائل بوجود علاقة مباشرة بين الناحية الفسيولوجية والعدوان المتمثل في افتراض الانتقال الوراثي للعـدوان عبـر الأجيال ، والقول بوجود أساس فطري للعدوان ، ومسئولية أجزاء معينة في المخ كالمهاد عـن السلوك العدواني ، إلا أن استقراء ما توصلت إليه البحوث من نتائج في هذا الشأن يشـير إلـي وجود علاقة غير مباشرة بين النواحي الفسيولوجية والعدوان ، إن الجهاز السـمبثاوي (أحـد أجزاء الجهاز العصبي الذاتي مسئول عن رفع مستوي الاستثارة الفسيولوجية وتعبئـة طاقـات الفرد لمواجهة حالات الطوارئ ، بما فيها الاستعداد للعدوان لذا فإن التفاوت في مستوي نشـاط هذا الجهاز لدي الأفـراد يتتبعـه بالضـرورة تبـاين فـي اسـتعداد كـل مـنهم للعـدوان. (منصور،2003: 155).

وتشير بعض الأدلة المستمدة من البحوث التجريبية إلى وجود علاقة بـين هرمـون الـذكورة والسلوك العدواني لدي الفرد حيث زيادة هرمون التيستسترون لدي الذكور ، ونقـص هرمـون البروجستيرون لـدي الإنـاث يزيـد مـن القابليـة للاسـتثارة ومـن ثـم العـدوان لـديهم. (شفير،1988: 25).

وهناك تأثير المواد النفسية الطبيعية والمختلفة كيميائياً علي الجهاز العصبي ، وجعله أكثر تهيؤاً لممارسة العدوان أو الامتناع عنه ، فعلي سبيل المثال تكفّ الخمر وظائف التحكم في المراكـز المسئولة عن ضبط العدوان والموجودة في المخ ، ومن ثـم يصـبح الفـرد أكثـر اسـتعداداً لممارسته ، كذلك تنبه الأمفيتمينات (العقاقير المنشطة) الجهاز العصبي وتجعلـه أكثـر تهيـؤاً للاستجابة بصورة عدوانية، وفي المقابل فإن بعض المواد كالأفيون والحشيش تؤثر علي الجهاز العصبي بشكل مغاير حيث تقلل من مستوى الاستثارة داخله ، وبالتالي يصبح الفرد أقل استعداداً للاستجابة للمثيرات العدوانية (الشربيني،2003: 155).

4.العوامل الطبيعية:

يتأثر العدوان بالظروف الطبيعية السائدة في البيئة مثل الكثافة السـكانية والضوضـاء والمناخ وغيرها ، فالضوضاء تجعل الفرد مهيئاً للاستجابة العدوانية من خلال تأثيرهـا علـى بعض وظائفه الحيوية (السمع، نبض القلب)، فضلا عن إثارتها الشعور بالانزعاج والتـوتر . كما أن درجات الحرارة المرتفعة بوجه خاص قد تعد من أكثـر الظـروف المناخيـة ارتباطـاً بالعدوان ، بمعني أنها تسهم في إيجاد بيئة مهيأة للعدوان من خلال ما ينتج عنها مـن تغيـرات فسيولوجية (فقد نسبة من الأملاح نتيجة العرق) أو نفسية تعمل علي زيادة درجة الاستثارة فـي الجهاز العصبي، والتي تجعل بدورها الانخراط في العدوان أكثر احتمالاً وخاصة أذا جاءت بعد ظروف مناخية طبيعية وتبين العديد من الدراسات أن معدل حدوث العدوان يرتفع في الأمـاكن

المزدحمة ، وقد يعزي هذا إلي أنه في ظل التكدس الشديد للأفراد في مكان ما يصـعب إشـباع الكثير من الحاجات للهدوء ، والاسترخاء والخصوصية ، ومن ثم يصبح الفرد أكثـر تـوتراً ، ونظراً لأن الازدحام ينطوي ضمناً علي ارتفاع معدل التفاعل المكثف بين الأفراد المتوترين فإن احتمالات صدور الاستجابات العدوانية يصبح أكثر احتمالاً ، يضاف إلي ذلك أن التكدس يعنـي ضمنا أن ثمة فرصاً أكبر لتعليم العدوان بالاقتداء من خلال مشاهدة النماذج المحيطة التي تسلك علي نحو عدواني (الشربيني،2003: 160).

5. العوامل النفسية:

- **الشعور بالألم:**

إن الشعور بالألم البدني أو النفسي يمكن أن يحرض علي المزيد من الجوانب الانفعالية وبالتالي إمكانية حدوث السلوك العدواني .

- **المهاجمة أو الإهانه الشخصية :**

فعندما يهاجم أو يهان شخص ما فإنه قد يكون في موقف مثير ومشجع علي السـلوك العـدواني تجاه الشخص الذي قام بمهاجمه أو أهانته، في ضوء العين بـالعين والسـن بالسـن والبـادئ أظلم(علاوي،1998: 25)

- **الإحباط :**

يعرفّ الإحباط بأنه مصطلح يدلّ علي شعور عميق بالقلق وخيبة الرجاء وتثبيط الهمة وفتـور العزيمة والاستياء وعدم الرضا ، منشأه الفشل في تحقيق الرغبات المطلوبة والآمـال المرجـوة والأهداف المنشودة والصراعات النفسية والمشكلات التي أخفق الفـرد فـي إيجـاد حـل لهـا (نشوان،1998: 115) .

ففي دراسة أجراها باك أشار فيها أن الإحباط الذي يواجهه الفـرد فـي بيئتـه يولـد السـلوك العدواني ، وبالتالي العدوان إحدي الاستجابات الناشئة عن الإحباط ، فكان العلماء سابقاً يعتقدون أن كل عدوان يجب أن يكون مسبوقاً بإحباط، ولكن فيما بعد توصلوا إلي أن الإحباط وحـده لا يسبب العدوان.(قطامي،1989: 153) فالإحباط الناتج عن تهديد لأمن الطفـل أقـوي مـن الإحباط الناتج عن عدم إشباع الحاجات الأساسية لدي الطفل.

إن الإحباط يحول دون تحقيق الأهداف وربما تزيد من الصعوبات التي تواجه الطفل مما يـؤدي به إلي العدوان ، فالعدوان أحد استجابات الإحباط وقد تكون الاستجابة للإحباط العدوان أو عـدم الاكتراث أو التبرير أو التحليق في الخيال ، وقد يشعر الطفل بالإحبـاط إذا مـا تهـدد أمنـه وسلامته أيضاً الإحباط الناشئ عن تهديد الذات أقوي بكثير من الناشئ عن عدم إشباع حاجـات الطفل الفسيولوجية، لذا علي المربين أخذ هذا البعد بعين الاعتبار وذلك بعدم تحقير الطفل أمـام زملائه وعدم الاستهزاء بقدراته (قطامي،1989: 153).

وبالتالي كثيراً ما يتعرض طفل المدرسة لمواقف إحباطية متعددة وتتمثل في المواقف التي تحد بينه وبين إشباع دافع أو الحصول علي هدف أو تحقيق رغبة وتختلف هذه المواقـف بـاختلاف نوع الدافع المحبط من ناحية ومصدر الإحباط من ناحية أخري، فأحياناً يكون مصدر الإحبـاط خارجياً وهذا هو الأغلب ، كما يحدث عندما يمنع الوالدان طفلهما من القيام بعمل مـا فهمـا لا يكفان من إصدار الأوامر والنواهي التي تقيد حركة الطفل ، أو تجبره علي القيام بعمل معين لا يرغب في عمله أو تمنعه من القيام بعمل آخر يرغب فيه وفي أحيان أخـري يكـون مصـدر الإحباط داخلياً ، أي شعور الطفل نفسه بعجزه عن تحقيق غرض معين مثال ذلـك: أن يكـون الطفل راغباً الاقتراب من حيوان مستأنس ، كقطه مثلاً ولكنه لا يملك الشجاعة الكافية لتحقيـق هذه الرغبة ، وتظهر العلاقة بين الإحباط والعدوان عند الطفل في مواقف كثيرة فأطفال الروضة

مثلاً تكثر لديهم الاستجابات العدوانية مثل (الضرب ، الصياح ، الدفع، المعاكسة... الخ) عنـدما يكونون مكدسين في مكان ضيق للعب ، ذلك أنهم في مثل هذا المكان يتعرضون بدرجة أكبـر لعوامل الإحباط التي تتمثل في عدم سهولة الحركة، وبالتدخل في ما بيـنهم والإعاقـة لحركـة بعضهم البعض ، وتتوقف درجة الشدة التي تظهر بها الاستجابة العدوانية كرد فعل علي الإحباط بناء علي عوامل يتصل بعضها بالآخر بالطفل ذاته فإذا شعر الطفل بأنه مهاجم مثلاً، فإنه يـرد بشدة .وإذا كان في حاله عدم الاستقرار الانفعالي أو يعاني من قلق أو كان مكظوم الغيظ ، فـإن رده علي الإحباط قد يظهر في صورة أفعال عدوانية أشد نسبياً مما لو كان هادئاً أو مستقراً من البداية (إسماعيل،1989: 417).

أيضاً يؤدي الإحباط إلي العدوان في حال وجود شرطين هما:

الشرط الأول : يحدث العدوان إذا كان الإحباط يحدث بطريقة متعسفة ولا معني له.

الشرط الثاني: عندما يكون العدوان فعالاً في التخلص من العقبات ، التي تعترض طريق إشباع الحاجات،والإحباط لايؤدي إلي العدوان الإ إذا كان العدوان يلقي من الوالدين أثناء عملية التطبع الاجتماعي شيئاً من الإثابة والتدعيم (مختار ،2001: 63)

فمثلاً إذا وجد الطفل إحباطاً عند تعامله مع الأم ، فظهر ميله إلي العدوان علي الأم وثار عليها، وإن وجد تراخياً أو تساهلاً من الأم نحو عدوانه فإن الميل إلي العدوان عنده يستمر ويقوي عند تكرار مثل هذه المواقف (الشربيني،2000: 310)

لذا العلاقة بين الإحباط والعدوان علاقة مركبة وغير مباشرة تتوقف علي ما يكون بين الطفـل وأمه من تفاعل ، وقد بينت التجارب أن الاستجابة العدوانية من أقرب وأظهر الاستجابات فـي حالة الإحباط وأن أية محاولة لإعاقة أو منع السلوك الموجة للهدف، كثيراً مـا يخلـق بواعـث عدوانية في الفرد (مختار،2001: 63)

ويتجه العدوان غالباً نحو مصدر الإحباط بهدف إزالة هذا المصدر والتغلب عليه،أما إذا كان هذا المصدر قوياً بحيث لا يمكن توجيه العدوان إليه مباشرة فإنه يتم إزاحة هذا العدوان إلي مصـدر آخر وهذا ما يسمي بالعدوان المزاج Displaced aggression فمثلاً:الطفـل الـذي يواجـه الإحباط نتيجة إهمال والديه له،فقد يوجه عدوانه إليهم بطريق غير مباشر كأن يعصي أوامرهم ، أو يشوه الحائط بالكتابة عليه ،أو قد يلجأ إلي تحطيم ما تصل إليه يده من أشياء ، والعدوان قـد يتجه أحياناً نحو الذات ،بحيث لا يميل الفرد إلي لوم نفسه، والسبب في ذلك أن أساليب التربية قد تتضمن درجة كبيرة من اللوم والتعنيف أو المقارنات الظالمة أو الإحساس الشديد بالنقص ، في الوقت الذي لا يستطيع توجيه العدوان إلي الخارج (مصدر الإحباط الأصلي) فمثل هـذا الفـرد يكون مهيئاً لتوجيه عدوانه نحو الداخل، كأن يحدث نفسه بأنه الملوم وأنه المسؤل عن كـل مـا يحدث . والتعليم السابق في حياة الطفل يؤثر في قوة الاستجابة للعدوان أو ضعفها أو حتى عدم وجودها إطلاقاً ، فالأب قد يعلّم أولاده أن يردوا العدوان البدني بمثله أو أن يـردوه بالاحتجـاج اللفظي ، أو الشكاية أو بالتسامح وعدم إبداء أي نزعات عدوانية صريحة (مختار، 2001:64) وبالرغم من اتفاق معظم الباحثين علي اعتبار العدوان استجابة تلقائية للإحباط ، حيـث يكـون العدوان دائماً مسبوقاً بالإحباط ، إلا أن (قطامي) تري أن العدوان ليس استجابة آلية للإحباط.

- **الشعور بعدم الراحة:**

أشارت نتائج بعض الدراسات إلي أن الشعور بعدم الراحة مثل التواجد في أمـاكن مزدحمـة، أماكن مغلقة، سكن غير مريح ، التواجد مع جماعة غريبة عن الفرد وغير ذلك مـن المواقـف التي تثير لدي الفرد الضيق وعدم الراحة يمكن اعتبارها من العوامل التي تشـكل نوعـاً مـن الضغوط علي الفرد ، وبالتالي تساهم في إثارة السلوك العدواني (علاوي،1998: 27).

▪ الاستثارة والغضب والأفكار العدائية:

إن العوامل التالية الإحباط الشعور بالألم ، فقدان شئ ما ، التعرض للغيظ ، المنافسـة، النقـد، التعرض لاعتداءات الآخرين جميعها قد تؤدي إلي الاستثارة أو الغضب عنـد الفـرد أو تـذكر مواقف عدائية الأمر الذي قد يثير الاستجابة العدوانية عند الفرد (مختار،2001: 60).

ويعرف الغضب بأنه: (العاطفة التي يطلق من خلالها الطفل نهجاً عدوانياً إما بشكل ظاهري أو مستتر تجاه شخص ما أو شئ ما ، حيث أن تركيب هذه الانفعالات النفسية لا يمكـن عـادة أن تميز عن تلك المصاحبة للعواطف غير السارة الأخرى مثل : (الخوف ، الغيرة، المحبة). وما هو جدير بالذكر ترى نظرية الإحباط والعدوان أن الغضب ينشأ كلما اعترض الإنسان عـائق يحول بينه وبين تحقيق رغباته ، ويبدأ انفعال الغضب في سن مبكرة حين يبدأ الطفل إحساسـه بذاته وبمطالبه ، وحين يحس في الوقت نفسه بأن مصدر إشباع حاجاته أو عدم إشباعها موجود في بيئته ويستجيب الإنسان لانفعال الغضب بتوجيه العدوان إلي العقبات التـي تعـوق إشـباع دوافعه سواء كانت هذه العوائق أشخاصاً ، أم عوائق مادية أم قيوداً اجتماعية ويظهر الغضـب من خلال ما يسميه علماء النفس ، النقل أو الإزاحة من حيث ينقّل الغضب إلي أشخاص آخرين، لم يكونوا قد حاولوا دون إشباع الدوافع ، فقد يغضب الطفل من أبيه فينقل غضـبه إلـي أخيـه الصغير، علماً بأنه يختلف الأفراد في مواجهة المواقف المحبطة فبعضهم يستثار غضـباً فيـرد بالعدوان ، والبعض الآخر يركن إلي سلوك صامت أو الانسحاب (مختار، 2001: 61).

وعلي الرغم من أن العلماء يرون أن انفعال الغضب يبدأ في سن مبكرة عند الأطفـال إلا أنهـم يرونه من الصعب أن نقرر بأن الأطفال يصبحون بمرور الوقت أقل أو أكثـر عدوانيـة ،إذ أن عدوانية طفل ذو السنتين تختلف عن عدوانية ذو الثمان سنوات و المراهق (شفير،1988: 248)

6.العوامل الاجتماعية:

حيث تلعب العوامل الاجتماعية دوراً كبيراً في تكوين السلوك العدواني عند الأطفال وقد أسهب كثير من الباحثين في العوامل الاجتماعية، التي يمكن أن تثير السلوك العدواني:

1. أساليب التنشئة الخاطئة:

وتعتبر الأسرة أولي المؤسسات الاجتماعية الناقلة للثقافة والتي تمـارس دوراً جوهريـاً فـي غرس الميول العدوانية أو كفها لدي الطفل، من خلال الأساليب المتنوعة التي تلجأ إليها في القيام بالدور المنوط بها في عملية التنشئة الاجتماعية (الشربيني،2003: 157)

إن تأثير الأساليب التقليدية التي تتبعها الأسرة علي تطور الأطفال الاجتماعي تؤكد الدور الـذي تبديه ، فعلى سبيل المثال: هناك العديد من المنشورات والمطبوعات توثق العلاقة بـين هـذه الأساليب الوالدية وسلوك الأطفال، فمثلاً : الأساليب التربوية الحازمة تتنبأ أن يكـون الأطفـال عدوانيين تجاه الآخرين حيث يري بعض الباحثين أن الاتجاهات الوالدية وإسـتراتيجية تربيـة الطفل التي يتبعونها في تنشئة أطفالهم تلعب دوراً رئيسياً في تشكيل السـلوك العـدواني لـدى الأطفال (شفير،1988: 254)

ومن هذه الأساليب الخاطئة ما يلي:

أ- التجاهل والتساهل والإهمال:

إن إهمال الطفل وعدم العناية به وعدم منحه الحنان والرعاية الكافية له ونَقْده باستمرار وتعنيفه ومعاقبته عندما يأتي بسلوك غير مرضي عنه والتذبذب في المعاملة يدفع هؤلاء الأطفال ليكونوا أكثر ميلاً إلي السلوك العدواني من غيرهم (إسماعيل،1989: 421).

وقد أثبتت الدراسات أن هناك معامل ارتباط عالٍ بين التجاهل والسلوك العدواني ، كمـا أثبتـت نفس النتيجة بين التساهل والعدوان. (الرفاعي،1989: 155).

فقد لوحظ أن الأطفال السلبيون الذين يهاجمون كثيراً ، يتخذون طريقة واحدة من طريقتين فـي الرد علي العدوان فبعض الأطفال يكون رد فعلهم بالانسحاب والإذعـان لطلبـات المعتـدي أو البكاء ، فمثل هذه الأفعال من شأنها أن تعزز المعتدي وتزيد من احتمالية مهاجمة هؤلاء الأطفال مرة آخري(شفير ،1988: 245).

ب- الصرامة والشدة في التعامل مع الطفل :

إن الإباء الذين يتسمون بالغلاطة والقسوة مع أبناؤهم يتعلم أبنائهم السلوك العدواني ، كما توصلت الدراسات إلي أن الآباء ، الذين كانوا يشجعون أبناءهم علي المشاجرات مع الآخرين ، وعلـي الانتقام ممن يتعدي عليهم والحصول علي مطالبهم بالقوة والعنف، كانت درجة العدوانية لـديهم أكبر من درجة العدوانية عند الآباء الذين لم يشجعوا أبناءهم علي السلوك العدواني بأي شكل من الأشكال،وقد أثبتت بعض الدراسات وجود ارتباط موجب بين عدوانية الأبناء ودرجة العنـف أو القسوة التي عاملهم بها الآباء والأمهات، فالأطفال الذين يتعرضون لرفض الوالـدين يعيشـون علاقات فاترة وجدانياً يميلون فيما بعد إلي الظهور بالمظهر العدواني، وبالتالي أسلوب التربيـة للأطفال الذين يتسم سلوكهم بالعدوانية، يتميز بالقسوة والشدة المتناهية والمعارضـة لرغبـاتهم بالمنع والقهر والإجبار ، وتحميلهم من المسئوليات أكثر مما يحتملون (مختار،2001: 69).

ج- التمييز بين الأبناء:

إن التميز بين الأبناء سواء بين الذكور والإناث، أو بين الأخ الأكبر والأصـغر، فـي أسـاليب التعامل ، والجوانب المادية والعاطفية مثيراً لميولهم العدوانية ، ومما يشجع على العدوان تشجيع الطفل علي القصاص ممن يعتدي عليه بوصفه السبيل الأفضل الذي يجب إتباعه، ويعـد ذلـك نوعاً من التدعيم الاجتماعي للعدوان (منصور،2002: 157).

د- العدوان عن طريق النموذج:

يتعلم الأطفال في هذه المرحلة من خلال تفاعلهم مع الكبار المحيطـين ، إمـا أن ينمـوا أو أن يضبطوا السلوك العدواني التلقائي الذي يصدر عنهم في البداية ، ولتأثير الوالـدين فـي هـذه المرحلة له أهمية كبري علي الأطفال ، حيث لوحظ أن الأطفال في هذه المرحلة يميلـوا إلـي التقليد ومحاكاة النموذج الذي أمامهم، فمثلاً إذا كان الأب يحطم كل شئ أمامـه عنـدما ينتابـه الغضب وقد شاهده ابنه وهو يفعل ذلك فإن ذلك الطفل يقوم بتقليد هذا السلوك العـدواني الـذي صدر عن النموذج الأب ، كذلك يتعلم الطفل السلوك العدواني من خلال مـا يـتم بثـه عبـر التلفزيون للنماذج العدوانية العنيفة (إسماعيل،1989: 419).

وقد يتعلم الطفل سلوكاً جديداً لمجرد مراقبته لفرد آخر يمارس هذا السلوك ، وقد لوحظ ازديـاد درجة العدوان لدي الأطفال الذين شاهدوا نماذج عدوانية لأشخاص مع لعب بلاستيكية أو أفـلام مصورة عن أشخاص يتصرفون بعدوانية أو نماذج كرتونية تتصرف بعدوانية، وتحطم النمـاذج العدوانية الحواجز التي تحول دون الطفل وممارسة للعدوانية ، فوجد الطفل بين مجموعة أطفال يمارسون هذا السلوك يشكل عاملاً رئيسياً في القضاء علي الحواجز التي تحول دون ممارسـة الطفل لهذا السلوك (الشربيني،1994: 90) .

وبذلك يرى كثير من الباحثين من خلال الدراسات والأبحاث العلمية التي أجروها حول تـأثير العنف الإعلامي علي سلوك الأطفال ، توصلوا إلي أن التعرض المكثـف للبـرامج الإعلاميـة العنيفة يمكن أن تشجع الأطفال لأن يتصرفوا أو يقبلوا اللجوء إلـي السـلوك العـدواني تجـاه الآخرين. (شفير،1988: 245).

هـ - العقاب:

للعقاب آثار معقدة علي نفسية الطفل وسلوكه، فقد يؤدي العقاب إلي وقف العدوان المباشر ولو لبعض الوقت ولكنه يولد في نفس الطفل روح العدوان والانتقام التي سوف تنفس عن نفسها فيما بعد ،حيث تشير مصادر إلي أن الاستخدام المتكرر للعقاب البدني لا يفيد كثيراً في كبح جماح العدوان عند الأطفال ، بل إن العكس هو الصحيح ، إذ يلاحظ بشكل عام أن الأطفال الذين يعتدون كثيراً يتميزون بأن لهم تاريخاً من العقاب الشديد علي سلوكهم العدواني كما يلاحظ بشكل عام أن آباء الأطفال المنحرفين العدوانيين يكونون قد استخدموا العقاب الشديد مع أطفالهم أثناء فترة التنشئة الاجتماعية ، وتفسر تلك النتائج عادة بأن الأب الذي يعاقب طفله ليمنع اعتدائه علي الأطفال يكون في الوقت ذاته قد نصب من نفسه نموذجاً يقلده الطفل (علاونة ،1994 : 256)

وقد أجريت بعض البحوث حول عقاب الوالدين للأبناء أو التساهل في التعامل معهم وبين احتمالية ظهور السلوك العدواني ، حيث أسفرت نتائجها أن الأطفال الأكثر عدواناً هم الذين كانوا يعاقبون باستمرار داخل المنزل ، أيضاً أي إفراط في عقاب العدوان قد يؤدي إلي ازدياد الدوافع إلي العدوان ، كذلك الإفراط في التسامح مع عدوان الطفل قد يكون نوعاً من الإثابة التي تؤدي إلي زيادة تكرار العدوان الصريح، أيضاً التناقض في السياسة التربوية التهذيبية يخلق موقفاً محبطاً يزيد من احتمال ظهور السلوك العدواني عند الطفل، ويري بعض العلماء أن أفضل الظروف لمنع العدوان عند الطفل هو تثبيطه بشرط أن نتجنب العقاب البدني علي السلوك وبالتالي فإن العقاب يؤدي إلي العدوان، حيث اتضح من خلال لعب الأطفال بالدمى وغير ذلك من الألعاب الإيهامية أن هناك ثمة ارتباطاً بين العقاب الشديد من ناحية ووجود درجة عالية من الاستجابات العدوانية عند الطفل في أثناء تلك الألعاب من ناحية أخري (قناوي،1991: 315).

2. غياب الأب عن الأسرة:

إن غياب الأب عن الأسرة لفترة طويلة أو نهائية ، يؤدي ذلك إلي تمرد الأبناء علي التأثير الأنثوي للأمهات اللاتي يحملن المسئولية، فيصبح الأبناء شديدي العدوان كثيراً ، وأكثر هؤلاء الأبناء يتصرفون كما لو أنهم يعتقدون أن التصرفات العدوانية تجاه الآخرين هي دليل الرجولة الكاملة (سري،2003: 42).

من خلال العرض السابق للعوامل المؤثرة في السلوك العدواني ، يتفق الباحث مع الآخرين في أن هناك عوامل كثيرة مثل: العوامل الوراثية ، البيولوجية، الاجتماعية ، الجسمية ، النفسية ، وغير ذلك تتفاعل جميعها مع الظروف المحيطة بالفرد ، مما يؤدي إلي استجابة العدوان.

وإذا ما نظرنا إلي ظروف الشعب الفلسطيني التي يعيشها فإنها حتماً تعزز السلوك العدواني عند أفراد الشعب الفلسطيني عامة وطفل المدرسة الابتدائية خاصة ، فنظراً للأوضاع الاقتصادية والسياسية والاجتماعية المتردية وما آلت إليه تلك الظروف إلي تفاقم حده المشاكل النفسية والسلوكية عند الأطفال خاصة ما نلاحظه ظاهراً في سلوكهم وتصرفاتهم .

ويضيف الباحث من خلال ممارسة العملية في التعامل مع الأطفال بعض العوامل والأسباب الخاصة بالمجتمع الفلسطيني التي يري أنها تساعد في ظهور العدوان ، وهي ظروف القهر و الظلم والحرمان وأسر الإباء والقمع والتدمير وتجريف البيوت واستهداف الأطفال واستغلالهم في المقاومة وخبرة الحرب علي غزه بكل ما شملت من أشكال ومناظر من صور للجرحى والشهداء وصور الأعلام و فقدان المأوي والحصار الظالم هذا فقد يتحول العدوان التي تعرض له الأطفال إلي مصدر بديل يكون بمقدور الطفل الاعتداء عليه ، مثل الاعتداء علي إخوته وأقرأنه ، أو الاعتداء علي لعبته ويسمي بالسلوك العدواني التحويلي ،ويلخص الباحث إلي أن

العدوان كالمرض العضوي وعلي الأخصائيين أن يقوموا بدور الطبيب لتحديد سر العلة ونـوع الخبرة المعززة للعدوان للطفل ومحاولة علاجها بالطرق التربوية والنفسية السليمة.

العوامل المؤدية لاختلاف مظاهر العدوان :

بعد عرض الباحث لبعض العوامل المثيرة للعدوان، يعرض لبعض العوامل التي تـؤدي إلي اختلاف مظاهر العدوان وهي متمثلة في التالي:

1. اختلاف الجنس:

تختلف مظاهر العدوان باختلاف الجنس، ويرجع هذا الاختلاف إلي اختلافات بيولوجية وبيئية محيطة بالأفراد وتؤثر علي درجة سلوكهم العدواني ، وقد أثبتـت دراسـات عديـدة أن الذكور أكثر عدوانيه من الإناث مثل دراسة سميحة عبد الغني(1983) حن الفنجـري (1987) رشاد موسي(1991) وإبراهيم عليان(1993) قد أثبتت بعض الدراسات علي وجود فروق فـي السلوك العدواني بين الذكور والإناث مثل دراسة ثرية عطي (1995) وأحمد صالح (1995) . أما دراسة ثريا جبريل(1994) ، و حسين الفايد (1996) فلم تجد فروقـاً بـين الجنسـين فـي العدوانية، كما وجدت دراسات أخري تفوق البنات علي البنين في العدوان الموجه نحـو الـذات مثل دراسة رشاد موسي (1991) ، أما دراسة نجوى صوان(1987) فلـم تجـد فروقـاً بـين الجنسين في العدوان الموجه نحو الذات ،ويفسر اختلاف العدوان باختلاف الجنس هو أن السلوك عنصر متقبل من السلوك المذكر التقليدي أي المنمط جنسياً بدرجة أكبر منه في السلوك الأنثوي التقليدي، كما أن العدوان عند البنات يواجه عادة بشئ أكثر من العقاب مما يواجه بـه العـدوان عند الأولاد وأن النماذج التي يتخيرها صغار البنات ليتوحدون معها تميل إلي أن تكون أقل حظاً من العدوانية الصريحة (محيسن،1999: 45)

ويري منصور أن الذكور يتميزون بقابلية أكبر لاستثاره بالفروق الجنسية في طول العمر وفـي الإصابة بأمراض معينة تجعلنا نعتقد أن الذكور يكونون أكثر عرضة من الناحيـة البيولوجيـة للضغوط البيئية فالتفاعل المعقد بين القوى البيولوجية والقوي البيئية قد يساعد علي وجود فـرق بين الجنسين في العدوان و يساعد علي وجود فروق في السلوك عامة (منصور،1981: 172).

وقد أشار "تلامن" أن معظم الدراسات حول العدوان يتعامل معه طبقا للنمط الذكوري وغالباً مـا يكون حول العدوان البدني ، كما أن اقتصار العدوان علي الاستراتيجية البدنية يـؤدي إلـي أن يكون الذكور أكثر عدوانية من الإناث فـي المجتمـع الغربـي ، ولكنـه يـري أن الدراسـة الأنثروبولوجية علي الإنسان كتلك التي قام بها "فري" 1980,1992 "وكوب" 1992 ترينـا أن هذه ليست حقيقة عالمية وهي لا تنطبق علي كل الثقافات .

2. اختلاف المجتمع وثقافته:

تختلف مظاهر العدوان باختلاف المجتمعات وثقافتها ، فنجد أن بعض المجتمعات تكـاد تخلو من العدوان ، وبعضها الآخر يلعب العدوان دوراً رئيسياً في تحديد سمات الشخصية حتـي أننا نجد العدوان في هذه المجتمعات يدخل ضمن أسلوب التربية في المنزل، فمثلا في المجتمـع الأمريكي الذي يقوم نظامه الاقتصادي والاجتماعي علي المنافسة والاحتكار والعدوان من شـانه خلق العدوان بقدر كبير في نفوس المواطنين حيث مطلوب من كل فرد فيه المنافسة والعـدوان حتي يستطيع المحافظة علي حياته وألا يتعرض للتخلف والضياع ،كما أن هناك مجتمعات تخلوا من العدوان فقد وجدت "مرجريت ميد" في دراستها الأنثربولوجية لثلاثة مجتمعات بدائيـة ، أن أحد هذه المجتمعات تخلو علاقته من المنافسة والصراع والعدوان ، لأن حياة أفراده تخلو مـن التوتر والقلق ، وبذا فلا وجـود للعـدوان فـي القبيلـة إنمـا روح السـلم والتعـاون سـائدة (المغربي،1964: 113) فقد أظهرت دراسة محمد الشريف (1990) أن الطلبـة الفلسـطينيين

المقيمين في قطاع غزة أكثر عدواناً من الطلبة الفلسطينيين المقيمين في جمهورية مصر العربية ، وذلك في مظاهر العدوان البدني واللفظي والمباشر وغير المباشر ، كما أوضحت دراسة حسين فايد (1996) تفوق طلبة الريف علي طلبة الحضر في العدوان البدني واللفظي والدرجة الكلية للعدوان .

3. اختلاف المستوي الاقتصادي والاجتماعي :

يختلف السلوك العدواني باختلاف المستوي الاقتصادي والاجتماعي، فقد أثبتت مجموعة من الدراسات أن أبناء الأسر التي تنتمي إلي مستويات اقتصاديه اجتماعية منخفضة سلوكهم العدواني أكثر من سلوك زملائهم المنحدرين من أسر تنتمي إلي مستويات اقتصادية اجتماعية مرتفعة مثل دراسة ممدوحة سلامة(1990) ومحمود حمودة(1993) . وقد أظهرت دراسة نحوي صوان (1987) أنه توجد فروق داله إحصائياً بين التلاميذ ذوي المستوي الاقتصادي الاجتماعي المنخفض في بعض مظاهر العدوان وذلك لصالح ذوي المستوي الاقتصادي الاجتماعي المنخفض .

4. اختلاف العمر :

تختلف مظاهر السلوك العدواني باختلاف العمر، حيث يقل العدوان العلني كلما كبر الطفل كما يصبح الأطفال الأكبر سناً أكثر قدرة من الأصغر سناً في تمييز العوامل المؤدية إلي العدوان ويميل الأطفال الأكبر سناً للاستجابة للمواقف المقصودة المثيرة للغضب أكثر من المواقف العفوية (منصور،1981: 159) كما يري شفيق "عليان" أن السلوك العدواني عند الأطفال يتمايز وتتحدد اتجاهاته مع تقدمهم في العمر وأن الأطفال الأكبر سناً يكونون قادرين علي ضبط النفس أكثر من الأطفال الأصغر سناً نتيجة لفرض ضوابط وكوابح علي عدوانهم يضعها الراشدون (عليان،1989: 252).

وقد أظهرت دراسة "باكيناز" حسن أنه كلما زاد عمر الأطفال زاد فهمهـم للسـلوك العـدواني التحويلي بصورة أكبر (حسن 1993: 33).

وقد ذكر كل من "بجوركفست ليجرسبتنر وكوكينين" أن العدوان الغير مباشر يتزايد فـي عمـر الحادية عشرة لدي الإناث وأن العدوان الجسدي بين الذكور يقـل خـلال المراهقـة ويسـتبدل بالعدوان اللفظي وإن ذلك غالباً ما يكون نتيجة لزيادة الذكاء الاجتماعي ،كما أن الأطفال الصغار يتجهون إلي العدوان الفيزيقي أو العضلي مثل الاعتداء الجسدي والذي يحدث كثيراً بين الأطفال ،أما الأطفال الأكبر عمراً والذين تنمو لديهم اللغة ومهارات الاتصـال فـإنهم يعتمـدون علـي العدوان اللفظي أكثر من العدوان الجسدي ،فالنمو اللغوي يسهم في التعبير عن العدوان كما يسهم في إحداث تغيرات في توقعات المراهق لسلوك الآخرين وفهم القواعد الاجتماعية المرعية فـي إطار المجتمع (عبد ا ،1997: 231).

5. اختلاف الذكاء والتحصيل الدراسي :

لم تثبت الدراسات اختلاف مظاهر السلوك العـدواني بـاختلاف الـذكاء والتحصـيل الدراسي، فقد أثبتت دراسة "جوتليت وآخرين" ودراسة "هيسمان وآخرين" (1973) أن مظـاهر السلوك العدواني ثابتة لا تختلف باختلاف نسبة الذكاء وذلك في جميع الأعمار من 8-20 سـنة وخاصة في بداية الطفولة إلي مرحلة المراهقة. كما أثبتت دراسة نبيل حـافظ ، ونـادر قاسـم 1993 عدم وجود علاقة بين أشكال السلوك العدواني المادي واللفظـي والسـلبي بالتحصـيل الدراسي ، ويري الباحثان أن كل من السلوك العدواني والتحصيل الدراسي يسير في خط بعيـد عن الآخر ، وهو ما يتفق أيضاً مع دراسة ميليكـان وحسـين الـدريني (1948) وكـوثر رزق(1992) ، ويتضح مما سبق أن اختلاف مظاهر العدوان تختلف باختلاف الذكاء والتحصيل الدراسي.

6. اختلاف التخصص:

إن الدراسات التي تناولت أثر التخصص علي السلوك العدواني نادرة وذلك إن معظم الدراسات التي أجريت علي السلوك العدواني كانت في مراحل الطفولة، قد أوضحت الدراسة التي أجراها العيسوي(1997) علي طلبة الجامعة أن طلبة كلية الآداب أقل عدواناً من طلبة الكليات الأخرى ، وقد عزي الباحث ذلك لتأثير المقررات الدراسية ذات الصبغة الإنسانية علي طلبة كلية الآداب، أما دراسة فايد (1996) فقد أظهرت عدم وجود فروق بين طلبة الكليات النظرية وطلبة الكليات العلمية فى الدرجة الكلية للعدوان، في حين وجدت فروقاً في العدوان البدني والعدوان اللفظي، حيث حصل طلبة الكليات النظرية علي متوسطات أعلي من طلاب الكليات العلمية في العدوان البدني ، كما حصل طلاب الكليات العلمية علي متوسطات أعلي من طلاب الكليات النظرية في العدوان اللفظي ، مما سبق يتضح أن من أهم العوامل التي تؤدي إلي اختلاف مظاهر السلوك العدواني هي الجنس،العمر، اختلاف المستوي الاقتصادي الاجتماعي ، اختلاف المجتمعات وثقافتها ، والتخصص الدراسي (ملحم ، 2002 : 51).

النظريات المفسرة للسلوك العدواني:

يعد تاريخ النظريات المفسرة للسلوك هو تاريخ يمثل جهد الإنسان المتواصل للتوصل لتفسير عام للسبب الذي يدفع المرء إلي ارتكاب سلوك ما،كما تعد التفسيرات القديمة بمثابة المادة الأساسية والركيزة الأولية للنظريات الحديثة المفسرة للسلوك الإنساني ، أما النظريات الحديثة فإنها امتداداً لبعض التفسيرات القديمة أو تعديلاً عليها أو ثورة عليها لذا تعددت النظريات التي تصدت لتناول السلوك العدواني ، وحاول كل من منظر تفسير هذا السلوك من جهة نظره وانطلاقاً من خبراته وخلفياته الفكرية والأكاديمية، فمنهم من اعتبر العدوان سلوكاً فطرياً يولد به

الإنسان ويأتيه بحكم تكوينه الفسيولوجي والبيولوجي ، بينما اعتبره البعض الآخر سلوكاً مكتسباً يتعلمه الإنسان من البيئة التي يعيش فيها ، لذا تباينت تفسيرات العلماء والدارسين وفقاً للمنطلقات النظرية لكل منهم ، حيث نحا البعض إلى الأخذ بالتفسير البيولوجي، واتجه البعض الآخر نحـو التفسير النفسي، في حين أخذت طائفة ثالثه التفسير الاجتماعي ، ويوجد عدد كبير من النظريات التي بحثت في العدوان وحاولت تفسير دوافعه ومسبباته (زقوت،2000: 35).

وفيما يلي عرض لكل نظرية من هذه النظريات:

1. النظرية البيولوجية:

يري أصحاب هذا الاتجاه أن العدوان جزء أساسي من طبيعة الإنسـان وأنـه التعبيـر الطبيعي لعدة غرائز عدوانية مكبوتة ، وأي محاولات لكبت عدوانيه ستنتهي بالفشل بـل إنهـا تشكل خطر النكوص الاجتماعي فلا يمكن للمجتمع الإنساني أن يستمر دون التعبير عن العدوان لأن كل العلاقات الإنسانية ونظم المجتمع وروح الجماعة يحركها من الـداخل هـذا الشـعور بالعدوان، ويري أصحاب هذه النظرية أن البناء الجسمي للعدوانيين يميل إلي البدانة مما يجعلهم يميلون للشراسة والعنف، فمنهم من اتجه إلي دراسة الهرمونات حيث لوحظ ارتباطاً بين هرمون الذكورة وبين العدوان ومنهم من اتجه إلي دراسـة النـاقلات العصـبية حيـث أن النـاقلات الكاتيكولامنية والكولينية يشتركان في إحداث العنف، بينما السيروتوتين والجابا أمنيو بيوتريـك تثبط العدوان وتضعفه ، لوحظ حديثاً أن نقص السيروتوتين يرتبط بحدوث سـرعة الاسـتثارة وزيادة العدوان لدي الحيوانات (العقاد،2001: 107).

وبالتالي يري أصحاب هذه النظرية أن منطقة الفص الجبهي والجهاز الطرفي مسئولة عن ظهور السلوك العدواني عند الطفل ، وعند استئصال بعض التوصيلات العصبية في هذه المنطقة عـن المخ ، يؤدي إلي خفض التوتر والغضب والميل إلي العنف، ويؤدي إلـي حالـة مـن الهـدوء

والاسترخاء. ويحدث عكس ذلك عندما تستثار بواسطة التيار الكهربي، وقد أشارت النتائج التي أجريت علي منطقه الهيبوثلامس وهي منطقة صغيرة في أسفل المخ إلي أن اسـتثارتها عنـد الكائن الحي باستخدام تيار كهربائي، يؤدي إلي ظهور الاستجابة العدوانية، وهي تستثار عـادة بايعازات من لحاء المخ وذلك عن مواجهة الكائن الحي تهديداً خارجياً (ملحم،2002: 86)

فهناك ثمة دليلاً مستمداً من عدة مصادر علي وجود خلل في وظيفة المخ يتعلق بإصـابة بـؤرة معينة منه يلعب دوراً في إحداث السلوك العدواني ،ففي دراسة أجريت علي بعـض المرضـى وجد أن الأفراد الذي يبين الرسم الكهربائي لمخهم أوجه شذوذ في المنطقة الصدغية تكون فـيهم نسبة أكبر من أوجه الشذوذ السلوكي مثل الافتقار إلي التحكم في النزوات العدوانية، كما ذهبـت هذه الفلسفة إلي أنه مهما كانت الأسباب الأصلية لاختلال وظيفة المخ فإن عطبه يكـون عميقـاً وغير قابل للرد،لذا يري أصحاب هذه النظرية أن نوع السلوك العنيف المتعلق بإختلال وظيفـة المخ قد يرجع في أصوله إلي البيئة ولكن ما أن يحدث أن يفسد تركيب المخ بصورة دائمة حتى يصبح السلوك العنيف مما لا يمكن تغيره عن طريق معالجة المؤثرات النفسية أو الاجتماعية أو باستخدام العلاج النفسي لإعادة تأهيله ، ولا توجد أي فرصة لتغيـر سـلوك الفـرد، والعـلاج المقترح هنا هو العثور علي مقر الانفعالات ثم تدميره فالبيولوجيا العصبية التبسيطية تحدد هـذه التركيبات علي أنها المسئولة عن إنتاج الوجدان ، وعلاج العنف هو تدمير أحد هذه التركيبـات جراحياً وهو التركيب المسمي (اللوزة في المخ)(سري ، 2003 : 54).

مما سبق نجد أن هناك تضارباً بين أصحاب الحتمية البيولوجية في أن الصـفات التـي تحـدد بيولوجياً غير قابلة للرد، وبين برنامجهم لعلاج العدوان علي سبيل المثال: باسـتخدام برنـامج التدخل بالعقاقير أو بالجراحة ، فالمسألة هنا مسألة تطبيقية أكثر منها نظريـة وعنـدما تُظهـر مجموعة صغيرة من الناس صفة منحرفة يفترض أنها غير مرغوب فيها فإن البرنامج التبسيطي

يصف لها تعديلاً في الجين أو الجينات التي يعتقد أنها تحدد هذه الصـفة ، وإذا كـان السـبب النهائي للسلوك المنحرف هو جين معيب فإن تعديل هذا الجيل يشفي من الانحراف، لـذا كـان هناك الكثير من الاعتراضات منها :

- كيف ينزع عن الإنسان آدميته ويحول إلي دمية، فهناك العدوان الإيجابي للدفاع عن النفس.
- من الصعب قبول أن العدوان فطري وبالتالي كأمر حتمي ومؤكد.
- إن مفهوم الغريزة يوقّف أي محاولات للبحث العلمي والتفسير .
- إن النتائج الجراحية التي أجريت علي الأفراد العدوانيين تعرضت لنقـد شـديد مـن قبـل المتخصصين الذين رأوا أن نفس النتائج في سلوك المرضي يمكن تحقيقها بأساليب أقل خطـورة كما أن الآثار الجانبية لمثل هذه الجراحات تصيب الإنسان بالتبلد وعدم القدرة على التركيز،وفقْد التحكم (العقاد،2001: 108)

2. نظرية التحليل النفسي:

يسميها البعض بنظرية العدوان كغريزة وترجع جذور هذه النظرية إلي سيجموند فرويد الذي يري أن السلوك العدواني جزء من الكيان الإنساني ، وفي محاولة منـه لتفسـير السـلوك العدواني المعقّد، فقد حدد أن أصل السلوك هو ما أسماه بغرائز الحياة ومن أهم مشتقاتها الغريزة الجنسية ، التي تحافظ علي بقاء ووجود الفرد ، أما غرائز الموت فتعمل علي تـدمير الـذات ، وعليه تري هذه النظرية أن العدوانية الإنسانية ناتجة عن قوة يولد بها الإنسان ترجـع مباشـرة للرغبة الغريزية للتدمير وهو ما أسماه برغبات الموت والتي تتضمن أروس وهي طاقة الحيـاة من هنا يرى فرويد أن الطاقة العدوانية يمكن تفريغها إما بأسلوب مقبول اجتماعياً مـن خـلال أعمال أو ألعاب نشطة أو من خلال أنشطة غير مرغوب فيها مثل إهانة الآخـرين، القتـال أو تدمير الممتلكات (شفير،1988: 237).

وأكد أدلر وهو أحد أتباع نظرية فرويد أن العدوان وسيلة للتغلب علي مشاعر القصور والنقص والخوف من الفشل ، وإذا لم يتم التغلب علي هذه المشاعر، عندئذ يصـبح العـدوان اسـتجابة تعويضية عن هذه المشاعر (ملحم،2002: 86)

وفي ضوء هذه النظرية يعتبر العدوان غريزة فطرية لابد من إشباعها أو محاولـة تعـديلها أو السيطرة عليها ، غير أن هذه النظرية أثارت الجدل بين الباحثين ورأوا أن هذه النظرية التي إن كانت تصدق علي الحيوان إلا أنه يصعب تعميمها علي الإنسان باعتبار الطفـل البشـري عنـد ميلاده يولد في جماعة يتعلم منذ اللحظة الأولي حاجته للجماعة ويكتسب عـن طريقهـا دوافـع توجهه ، كما أن هذه النظرية غيبية وليس علمية أي تفتقر إلي التفسير العلمي للسلوك ، كـذالك تحمل هذه النظرية في طياتها إمكانية عدم القدرة علي السيطرة علي العدوان، كما أنها تشير إلي أن طبيعة الفرد غير قابلة للتعديل أو التغير الأمر الذي لم تؤيده العديد من الدراسات والبحـوث في مجال السلوك الإنساني (علاوي،1998: 21).

3. النظرية السلوكية:

يعد صاحب هذه النظرية سكنر الذي يبني نظريته علي افتراض أن معظم السلوك متعلم ومكتسب وبالتالي يمكن تعديله أو تغيره ، وبناء علي ذلك فإن الفرد يتعلم العدوان من البيئة التي يعيش فيها من خلال مشاهدة النموذج الذي قد يكون (الوالدين أو المربية أو شخصية سينمائية) فحينما يشاهد الطفل ، مثلاً والده يصدر عدواناً ما، فإنه يجيز لطفله سلوك العدوان ، وقد يقـوى الطفل إذا ما شاهد النموذج يعزز في ممارسته للعدوان ، بالإضافة إلي إمكانية التقليد أو الـتعلم بالنموذج ستقوى إذا ما كان المقلد ذا مكانة اجتماعية مرموقة أو أنه مصدر التعزيز لهذا الطفـل (مختار،2001: 62).

ففي دراسة أجريت علي أطفال الحضانة ، إذ شاهدوا برنامجاً تلفزيونياً يعرض فيه طفلاً آخراً اسمه جوني، قد رفض أن يلعب بألعابه طفلاً أخراً اسمه روكي ، حينئذ هاجم روكي جوني بالعصا والمطرقة بالإضافة إلي أفعال أخري مفرطة عن الحد أثناء هجومه علي ألعاب جوني ، وفي نهاية العرض غادر روكي مكان اللعب غضباناً ، وعندما طلب من الأطفال تقييم سلوك روكي استنكر معظمهم سلوكه ووصفوه بأنه تصرف غير ودي وأنه عدائي ، وفيما بعد عندما وضعوا الأطفال في مواقف متشابهة ، كان سلوكهم أكثر عدوانية من الأطفال الذين لم يشاهدوا البرنامج التلفزيوني ، فيبدوا واضحاً أن الأطفال الذين شاهدوا سلوك روكي العدواني قد يسلكون سلوكاً عدوانياً إذا ما تعرضوا لمواقف متشابهة (شفير،1988: 243).

4. نظرية الإحباط- العدوان:

قد قدم هذه النظرية مجموعة من الباحثين في مجال علم النفس بجامعة ييل الأمريكية دولار، ميللر،سيرز، وانصب اهتمام هذه النظرية علي الجوانب الاجتماعية للسلوك الإنساني ، وقد قامت النظرية علي أساس أن العدوان قد يحدث نتيجة الأحداث أو مواقف غير العوامل الفطرية داخل الفرد كرد فعل علي سيجموند فرويد عن العدوان كغريزة (علاوي 1998: 22) واستندت هذه النظرية في البداية علي فرضية هامة وهي أن السلوك العدواني ناتج عن طاقة عدوانية والتي تتولد بالإحباط عندما يجد الفرد عائقاً نحو تحقيق أهدافه ، وهكذا نري أن عدم تحقيق الأهداف يقود إلي الإحباط والإحباط يقود إلي السلوك العدواني علي التوالي ، وبالتالي تقدم هذه النظرية حجة قوية علي أن العدوان ناتج عن الإحباط إلا أن أحد أتباع هذه النظرية قد عدل الفرض ، واعتبر أن العدوان محصلة للغضب وأن أسباب الغضب كثيرة منها: الإحباط الإهانة الشعور بالظلم الجوع وأن الإحباط لا يؤدي إلي العدوان بشكل مباشر ، ولكنه يؤدي إلي الغضب مما يجعل الفرد مهيئاً للقيام بالعدوان (ملحم،2002: 87).

أيضاً من المحتمل أن يظهر العدوان إذا كان تاريخ تعليم الشخص لا يتضمن مكافأة العـدوان أو يتسم بالعقاب المتكرر علي السلوك العدواني ، إلا أنه تم إعادة النظر في صياغة هذه الفرضـية التي تقول أن الإحباط ناتج عن نزعة عدوانية حيث أضاف أن خبرات الفرد المحيطة بـه لهـا تأثير سلبي مما تلعب دوراً بارزاً في إثارة العدوان لديه ، ومن ثم يرى أن الإحسـاس السـلبي الناتج عن الإحباط ، عادة ما يكون نتيجة عوامل أخري متداخلة تزيد مـن احتماليـة السـلوك العدواني ، ومن أبرز الانتقادات التي وجهت لهذه النظرية في ضوء نتائج العديد من البحوث في هذا المجال أن اعتبار الإحباط يؤدي إلي العدوان إذ يعد تفسير يتسم بالتعميم الزائد ، يفتقر إلـي التدعيم التجريبي ، كما أشارت الدراسات إلي أن الإحباط لا يؤدي دائماً إلي العدوان فقد يـؤدي الإحباط في بعض الحالات إلي مظاهر انفعالية أخري مثل: الانسحاب، الشك، الاكتئاب، اليـأس كما يمكن للعدوان أن يحدث دون تحريض أو استثارة الإحباط (علاوي،1998: 23)

ورغم أن العدوان ليس الاستجابة الوحيدة الممكنة للإحباط إلا أنه يتوقف علي عـدة متغيـرات وهي تبرير التوقعات ومدي شدة الرغبة في الهدف إذ يزداد الإحباط مرراة حـين يقـيم الفـرد توقيعات وآمالا بعيدة لها ما يبرزها لكنه يمنع من تحقيقها ، فالإحباط يصل إلي ذروتـه حـين ينطوي علي تبرير التوقعات تتعلق بتحقيق هدف له أهميتـه أو أمـل طـال انتظـار تحقيقـه (العقاد،2001: 114)

5. نظرية التعلم الاجتماعي:

من أبرز الباحثين المؤيدين لنظرية التعليم الاجتماعي ألبرت باندورا وتبدو وجهة النظر هذه أكثر وضوحاً في وصف السلوك والأفعال العدوانية من خلال تجاه التعلـيم الاجتمـاعي . حيث تري هذه النظرية أن الأفعال العدوانية هى سلوكيات متعلمة ، والتي تظهـر تبعـاً لـنفس الأساسيات التي تحد السلوكيات الأخرى المتعلمة ، وتفترض هذه النظرية أن السلوك العـدواني

يمكن تعلّيمه من خلال ملاحظة الطفل لنماذج موجودة في البيئة المحيطة بـه ممـن يمارسـون السلوك العدواني كالآباء، الأخوة ، الأقران فهذا التعليم السلوك العدواني مـن المتوقـع حدوثـه وظهوره إذا النموذج أبدي تعزيزه للسلوك العدواني.

كذلك يمكن أن يكتسب الطفل السلوك العدواني من خلال الخبرة المباشرة التي بموجبها تعـزز الطفل للرد بأسلوب عدواني عندما يحبط أو يغضب ، وبالتالي يسلك السلوك العدواني للفت انتباه الوالدين أو المعلمين أو الآخرين لهذا السلوك ، أيضاً ربما يسلك الطفل السلوك العدواني عنـدما يريد الطفل أن ينال شيئاً ما من طفل آخر أو من الوالدين ، وبدون ممارسـة هـذا السـلوك لا يستطيع الحصول علي ذلك الشيء وهناك عدة مصادر يتعلم من خلالها الطفل السلوك العدواني منها(التأثير الأسري ، الأقران، النماذج الرمزية كالتلفزيون).

- اكتساب السلوك العدواني من الخبرات السابقة.
- التعليم المباشر للمسالك العدوانية كالإثارة المباشرة للأفعال العدوانية الصريحة في أي وقت.
- تأكيد هذا السلوك العدوان من خلال التعزيز والمكافآت.
- إثارة الطفل إما بالهجوم الجسمي بالتهديدات أو الإهانات أو إعاقة سلوك موجه نحو هـدف أو تقليل التعزيز أو إنهائه قد يؤدي إلي العدوان .
- العقاب قد يؤدي إلي زيادة العدوان (العقاد،2001: 115)

6. النظرية المعرفية:

تقوم هذه النظرية علي أساس أن الطفل إذا ما تعرض لـنقص فـي المعلومـات التـي يحتاجها ، فإنه يلجأ إلي السلوك العدواني ، حيث أن النقص في تلك المعلومات تثير لديه القلـق والتوتر ونتيجة لذلك يسعي إلي التغلب علي القلق لاستعاده توازنه من خلال البحث والتنقيب في البيئة المحيطة به. أما إذا كان تلك المعلومات أعلي من قدراته بحيث تحول بينه وبين هدفه الذي

يسعي لتحقيقه فإنه يسلك سلوكاً عدوانياً موجه نحو مصدر القلق بالإضافة إلي أنه يسلك سـلوكاً انطوائياً وعدم التكيف مع البيئة ، لذا يري كثير من المعالجين المستخدمين الأسلوب المعرفي في علاج العدوان ضرورة اللجوء إلي مناقشة الطفل لأسباب هـذا السـلوك وتقـديم المعلومـات الضرورية ، كما يستخدم أسلوب التخيل في وصف السلوك أو المثير المسبب للعـدوان وكيـف يستجيبون له بطريقة عدوانية ، كما يمكن استخدام أسلوب التخيل لنفس الموقف أو الاستجابة له بأسلوب هادئ ومن هولاء العلماء (Machinbaum) الذي استخدم إسـتراتيجية(قـف فكـر واستمع) مع أطفال عدوانيين وحينما يقوم الطفل بسلوك العدوان يطلب منه أن يقف وأن يفكـر وأن يستمع في مسببات هذا السلوك مع إفهام الطلاب أن التسرع في الاستجابة هو سبب قـوي وراء هذا السلوك، وتشير النتائج علي أن سلوك العدوان قد تقلص لدي هؤلاء الأطفال كمـا أن تحصيلهم قد تحسن، كذلك استخدام أسلوب (think loudly)أو فكر بصوت مرتفع في معالجـة أطفال عدوانيين وكان يطلب من الأطفال إعادة النظر في المواقف التي يحـدث فيهـا العـدوان وإعادة النظر في استجاباتهم لذلك (قطامي،1989: 158)

7. النظرية الانفعالية:

عندما يكون الشخص في موقف غضب فإنه يركز علي الأخطاء التي يرتكبها الطـرف الآخر ، ومن ثم يميل إلي الهجوم والاندفاع نحو تدمير مصادر التهديد، وهناك عـدة نظريـات معرفية متضمنة نظرية الانفعال في تفسيرها للعدوان منها:

أ- نظرية العدوان الانفعالي:

يؤكد عدداً كبيراً من علماء النفس الاجتماعي علي وجود نوع من العدوان هدفه الأساسي الإيذاء ، ويسمي هذا النوع بالعدوان العدائي أو العدوان الغاضب كما يسميه(فيشـباخ)، وتقـوم فكرة العدوان الانفعالي علي أساس أن العدوان يكون ممتعاً حينما يؤذون الآخرين بالإضافة إلي

تحقيق منافع أخري كإثبات رجولتهم وإثبات أنهم ذو أهمية وذو مكانة اجتماعيـة عاليـة ومـع استمرار مكانتهم علي عدوانهم يجدون في العدوان متعة لهم، طبقاً لهذا النمـوذج فـي تفسـير العدوان الانفعالي فمعظم أعمال العدوان الانفعالي تظهر بدون تفكير ، فالتفكير في هذه النظريـة علي العدوان غير المتسم نسبياً بالتفكير وهي بمثابة القاعدة التي ترتكز عليها هذه النظرية ، كما يميل الناس إلي فعله عندما يثارون انفعاليا ولا يفكرون كثيراً في سبب إثارتهم وكيف يتفـاعلون مع الإثارة فمن المؤكد أن الأفكار لها تأثير علي السلوك العدواني، فالأشخاص المثارون يتأثرون بما يعتبرونه سبب إثارتهم وأيضاً بكيفية تفسيرهم لحالتهم الانفعالية(علاوي،1998: 14).

ب- نظرية بركويتس عن تكوين وضبط الغضب والعدوان:

قدم بركويتس(Berkowitze) نموذجاً نظرياً يوضح العلاقة بـين الانفعـالات السـلبية ومشاعر الغضب والميول الناتجة ، ومن الأمور المسلم بها أن الأفكار والمعتقدات هي المحددات الضرورية لردود الأفعال الناتجة عن المشاعر والانفعالات إذ أننا نغضب فقط عندما نعتقد أنه قد وجهت إلينا إساءة أو قام شخص ما بتهديدنا عمداً ثم يؤذي الشخص الآخر بسب غضبنا،وبسبب هذه الارتباطات نجد أن الأشخاص الذين يشعرون بأنهم ليسوا علي ما يرام بسبب ما فإن مثـل هؤلاء يميلون إلي الغضب ولهم أداء وأفكار عدائية وميـول عدوانيـة ويقـرر بركـويتس أن الانفعالات السلبية تؤدي إلي تنشيط الأفكار والذكريات وردود الأفعـال الحركيـة والتعبيريـة المرتبطة بالغضب والعدوان،ويشير بركويتس من خلال النتائج التجريبية المتعددة أن الانتباه إلي المشاعر والانفعالات السلبية للمرء يمكنه أن يؤدي إلي تعديل وتنظيم التأثيرات الظاهرة للانفعال السلبي، ويوضح أيضاً أنه قد يظهر الغضب ويحدث العدوان نتيجة للتهديد المـدرك أو اعتقـاد المرء أنه قد أسيئت معاملة عمداً أو حتى بسبب بعض الإحباطات ،ويدور جوهر هذه النظريـة أنه عندما يصبح البشر علي درجة من الوعي بالمشاعر السلبية فنتجة لهذا الوعي والانتباه فهـم

يستطيعون أن يصلوا إلي مستوي راقٍ من النشاط المعرفي ، حيث يفكرون في الأسباب المحتملة لمشاعرهم السلبية ويأخذون في الاعتبار ما يمكن أن يكون أحسن طريقة للتعامل مع الآخـرين في هذا المجال(محيسن ،1999 : 57).

ج- نظرية العدوان الإبداعي :

تتبني هذه النظرية علاج نفسي ، وكذلك طريقة تعليم ذاتي مصـمم لتحسـين مهـارات الناس جذرياً للحفاظ علي العلاقات السوية مع الآخرين ، والنظام العلاجي عن طريق العـدوان الإبداعي . والطرق التعليمية يركز علي كل صيغ العدوان البشري المباشر الصـريح ، وغيـر المباشر ، السلبي الموجه نحو الذات و الموجه نحو الآخرين فردياً أو في جماعات.

فالعدوان الإبداعي شكل من أشكال العلاج الذي يؤدي إلي تفسير المشاعر الاتجاهات والأعمـال العدوانية الصريحة والمستترة بطرق إعادة التدريب المباشر وأساليب العـدوان المبـدع فيتقـدم طقوساً وتمارين تدريبية تقلل من التأثيرات المؤذية من العدوان في الوقت الذي ترفع فيـه مـن التأثيرات البناءة إلي الحد الأقصى ، ويرفض العدوان الإبداعي فكرة أن العدوان هو في الأساس ميكانيزم دفاع ضد عوامل الضيق، مثل الخوف أو النقص أو الإحباط ويركـز باهتمـام علـي الانتفاع بالطاقة العدوانية البناءة وفي الوقت الذي نجد فيه أن مبادئ العدوان الإبـداعي يمكـن تعلمه ذاتياً عن طريق استخدام الكتب الإرشادية وأسلوب لعب الدمى التنفسي الموجه نحو إطلاق العدوان ،والذي يستطيع من خلاله الأطفال الصغار الأسوياء أن يعبروا ببهجـة عـن غضـبهم الشديد والذي كان متراكماً بصورة مستترة إلا أن التنفيس عن العدوان، مثل تشـجيع المواجهـة الصريحة والنفاذة أدت إلي انخفاض التوتر بين أفراد الجماعة بصورة لها دلالة وكـذلك زيـادة عواطف الأفراد ببعضهم البعض(الطويل ، 2002 : 74).

8. نظرية السمات:

يري أصحاب نظرية السمات أن السلوك العدواني سمة من سمات الشخصية وإنه يختلف من شخص لآخر ، فيوجد عند معظم الناس بدرجة متوسطة ، وعند قلة بدرجة منخفضة ، وعند قلة أخري بدرجة عالية ، ومن أكبر دعاة هذا الاتجاه أيزنك(Eysenk) فهو يؤكد علـي أنـه يوجد ما يسمي بالشخصية العدوانية وقد أعطي مجموعة من البراهين والحقائق العلمية ليبـرهن صحة ذلك منها:أن جميع الأفراد يولدون بأجهزة عصبية مختلفة ، فمنهم من هو سـهل الإثـارة ومنهم من هو صعب الإثارة،و نجد أن بعض الشخصيات سهلة الإثارة تصبح مضطربة ويصبح مثل هذا الشخص المضطرب لديه استعداد سهل في أن يكون عـدوانياً أو مجرمـاً ، وتتميـز شخصيته بالعدوانية عن باقي الشخصيات الأخرى ومن هنا يظهر ما يسمي بالشخصية العدوانية (العيسوي ، 1990: 75)

وقد توصل أيزنك في بحثه الذي نشر عام 1977 إلي أن العدوان يمثل القطب الموجب في عامل ثنائي القطبية شأنه في ذلك شأن بقية عوامل السمات الانفعالية للشخصية ،وأن القطب السالب في هذا العامل يتمثل في اللاعدوان أو الحياء والخجل وأن بين القطبين مدرج مـن العـدوان إلـي اللاعدوان تصلح لقياس درجة العدوانية عند مختلف الأفراد (السيد، 1988: 185).

ومما سبق تري هذه النظرية أن العدوان سمة من سـمات الشخصـية يمكـن تحديـدها كميـاً وموضوعياً ، ويشترك فيها مختلف الأفراد بدرجات متفاوتة ، هذا التفاوت في الدرجات يحـدد مدي انحراف الفرد عن حد السواء،بعد الانتهاء من عرض فئات النظريات المختلفة التي حاولت **تفسير السلوك العدواني:**

نلاحظ أن كل نظرية فسرت جانباً من السلوك ولم تفسر السلوك كله وإذا جمعناهـا وجـدناها متكاملة ليست متعارضة ، لأن العدوان كأي سلوك محصلة مجموعة مـن العوامـل المتفاعلـة

بعضها ذاتي وبعضها يكمن في ظروف التنشئة الاجتماعية ومواقف الحياة التي نعيشـها بكافـة ظروفها المختلفة،(إحباطات ، صراعات ، ثواب ، عقاب،) ، أما بالنسبة للنظريات المعرفيـة التي حظيت باهتمام بالغ في السنوات الأخيرة فنجد أنها أضافت الكثير في تفسـير كثيـر مـن الاضطرابات وخاصة الغضب والعدوانية (العقاد،2001: 118)

ويري الباحث من خلال عرضه للاتجاهات المختلفة في تفسـير السـلوك العـدواني أن هنـاك اتجاهين أساسيين الاتجاه الأول: الاتجاه الغريزي وينقسم إلي قسـمين الأول يتزعمـه فرويـد ولورنز ويري أصحاب القسم الأول أن العدوان سلوك فطري لدي جميع الناس ، أما القسم الثاني البيولوجي يري أن العدوان سلوك فطري لدي بعض الناس .

إما أصحاب الاتجاه الثاني: فهم يرون أن العدوان متعلم في أغلبه يكتسبه الإنسان من البيئة التي يعيش فيها ومن هؤلاء دولارد وميلر وباندورا فالتعزيز والملاحظة ومحاكاة النموذج هو الأساس في ظهور السلوك العدواني،ومن هنا نجد عدم اتفاق العلماء في تفسير العدوان ، ويرجع ذلك إلي اختلاف الإطار الثقافي والمرجعي لكل منهم واهتمام كل منهم بجانب معين من السلوك يختلـف عن الجانب الذي اهتم به وبالنظر للاتجاهات المختلفة في تفسير العدوان ، نجد أن كل اتجاه فسر جانباً من السلوك العدواني ولم يفسر السلوك كله ، وإذا جمعنا كل الاتجاهات وجدناها متكاملـة وليست متعارضة ، فالعدوان يرجع للعوامل السابقة جميعاً لان العدوان كأي سلوك هو حصـيلة تفاعل مجموعة من العوامل المتداخلة بعضها خاص بالفرد ذاته وتكوينه البيولـوجي والنفسـي وبعضها بيئي خارجي يكمن فيه البيئة الاجتماعية ومواقف الحياة التي يتعرض لها الفرد بما فيها من إحباطات وصراعات مما يعني أن العدوان في جانب منه دفعياً فطرياً وجانب آخر مكتسب، وهنا يستخدم الباحث دراسة وصفيه يستند في إطاره النظري وكذلك يتبني خطـوات النظريـة

السلوكية التي ترى أن السلوك العدواني متعلم من البيئة المحيطة وهنا يريد الباحث تحقيق أمر هام وهو تقدير السلوك العدواني لدي الأطفال من قبل المعلمين بعد حرب غزة .

أساليب التغلب علي السلوك العدواني:

توجد عدة أساليب فعالة لعلاج وضبط سلوك العدوان عند الأطفال ومنها :

1.تجنب الممارسات و الاتجاهات الخاطئة في تنشئة الأطفال:

فالدراسات تظهر أن مزيج من التسيب في النظام و الاتجاهات العدوانية لدي الآباء يمكن أن ينتج أطفال عدوانيين جداً ،و ضعيفي الانضباط و الأب المتسيب أو المسامح أكثر من اللازم هو ذاك الذي يستسلم للطفل و يستجيب للطفل و يد ويعطيه قدراً كبيراً من الحرية، إما بسـبب انصياعه للطفل أو إهماله و الأب ذو الاتجاهات العدوانية لا يتقبل غالباً الطفل و لاستحسـنه و بالتالي لا يعطيه العطف أو الفهم أو التوضيح، كما أنه يميل إلي استخدام العقاب البدني الشـديد وعندما يمارس الأب العدواني سلطته فهو يقوم بذلك بطريقه غير مناسبة و غيـر متوقعـة، و استمرار هذا المزيج من ضعف العطف الأبوي و العقاب البدني القاسي لفترة طويلة من الـزمن يؤدي إلي العدوانية والتمرد و عدم تحمل المسؤولية لذي الطفل.

2. الإقلال من التعرض للعنف المتلفز:

أظهرت الدراسات قوة التلفاز كأداة لتعلم العدوانية عند الأطفال وتشير الدراسات الحديثة بأن أفلام التلفاز تؤثر علي الأطفال من 8- 9 سنوات وتخلق فيهم السلوك العدواني فـي تلـك السن، وفي أواخر المراهقة كلما كانت الأفلام عنيفة كلما كانت العدوانية أكبر حتى بعـد عشـر سنوات من ذلك (الشربيني ، 2001 : 52) .

3. تنمية الشعور بالسعادة:

حيث تشير الدراسات إلي أن الناس اللذين يمارسون اتجاهات ايجابية سـعيدة يميلـون أن يكونوا لطيفين نحو أنفسهم و نحو الآخرين بطرق متعددة، أما الأطفال الذين يعيشون في جو من النقد فأنهم يميلون أكثر إلي العدوان (الزعبي،2000: 116)

4.أعط الطفل مجالاً للنشاط الجسمي و غيره من البدائل:

إذ أن من الضروري أن يعطي الأطفال فرصاً كثيرة للتدريب و التمرينات الرياضية بحيث يتم من خلالها تصريف الطاقة الزائدة و التوتر .

5.تغيير البيئة:

يمكن أن يتم ذلك عن طريق إعادة ترتيب المكان الذي يعيش فيه الطفل سوءاً داخـل الأسرة أو في المدرسة أو داخل حجرة الدراسة من حيث ترتيب المقاعد، مثلاً فكما كـان لـدي الأطفال حيز مكاني أوسع للعب كلما قل احتمال العدوان لديهم، ولذا فإن اللعب الخارجي الـذي يعطي فرصاً كثيرة للحركة من موقع لأخر أمر هام يساعد علي التخفيف من حدة العدوانية كما أن للموسيقي تأثيراً مهدئاً علي النزعات العدوانية (بشناق،2001: 234).

6.تجنب الأطفال النزاعات الزوجية:

الطفل يتعلم الكثير من السلوك الاجتماعي عن طريق الملاحظة و التقليد، ولهـذا يجـب علي الأبوين التأكد من أن لا يجعلوا الأطفال يتعرضون إلي درجـات عاليـة مـن الجـدال و المشاجرات بينهما.

7.تعزيز السلوك المرغوب:

كثيراً ما نفترض نحن الراشدين أن سلوك الأطفال الطيب أمر مفروغ منه، و بالتالي لا تقوم بتعزيزه مع أن الخطوة الأولي في معالجة السلوك العدواني هي: تعزيـز السـلوك الجيـد

الصادر عن الطفل، ففي كل مرة يقوم الطفل فيها باللعب مع أحد أقرانه دون شجار أو صـراخ يجب أن يمتدح من طرف الأب أو المعلم أو المرشد (الخطيب،1998: 317).

8.تعليم المهارات الاجتماعية:

يتقاتل الأطفال لأنهم يفتقرون للمهارات الاجتماعية مثل التحدث بلطف مع الآخـرين أو التعبير عن أنفسهم بدون إيذاء مشاعر الآخرين ،لذلك يجب تعليمهم مهارات الاتصال والتواصل مع الآخرين

9. التجاهل المخطط:

إن تشجيع السلوكيات الغير العدوانية يجـب أن يكـون مقرونـاً بتجاهـل السـلوكيات العدوانية،ولا تعطيها انتباهاً ولا توبخ أو تعاقب ، لأنك إن فعلت ذلك فانـك تعـزز اسـتمرار سلوكيات العدوان، ويجب تقديم التأديب والتربية للأطفال أثناء العدوان، ولكن لـيس العقـاب أو التوبيخ، وقدم التعاطف للطفل المعتدي عليه (العزة،1999: 247).

10.اكتشاف الميول العدوانية:

يمكن اكتشاف الميول العدوانية لدي الأطفال، إما بملاحظتهم إثناء ممارسة النشاط الحر كاللعـب أو الرسم ، أو بالاستماع إلي قصصهم التلقائية دون استخدام مواجهات لها ، أو عنـد اسـتخدام صور تعرض عليهم كنوع من المثيرات التي يسقط الطفل عليه انفعاله.

11.معاونه الطفل كي يقاوم المواقف المحبطة:

أن اشتراك في بناء بيت من الرمل أو المكعبات، وفجأة يتسبب أحدهما بتصرف خـاطئ دون قصد في هدم البناء، يشعر كل طفل بالإحباط ويتطلب من المشرف توضيح سـبب انهـدام البيت والعيب الذي يحدث من وضع رمل أكثر أو مكعب متطرف أثناء البناء، وبذلك تكون قـد وافقت بشرح سبب الإحباط يقلل من إمكانية لجوء الصديق الثاني في العدوان علي زميله، وفـي

ذلك تبني بفكرة "بيركويتز"، التي تشير إلي نظره الفرد بالنسبة لسبب الإحباط تساعد علي تقليـل احتمال ظهور ردود فعل عدوانية اتجاه هذا الإحباط، وفي ذلك تعويد للطفل علي تقيم المواقـف والانفعال من قبل وضبط النفس (بشناق،2001: 233)

المبحث الثالث: مشكلة نقص الانتباه والنشاط الزائد

مقدمـــة:

يعتبر اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أحد أهم المشكلات السلوكية التـي تظهـر على الأطفال وتحرمهم الاستمتاع بطفولتهم لأنها تستنزف كثيرا من طاقاتهم الذهنيـة والبدنيـة وتعرضهم للنقد والعقاب على سلوكياتهم ويمتد الأثر السلبي لهذه الظاهرة على المحيطين بهؤلاء الأطفال من زملائهم وإخوانهم ومعلميهم وآبائهم، وهو من الاضطرابات الشائعة الانتشار بـين الأطفال حيث أنه ينتشر بنسب متفاوتة بينهم تصل من 3% إلى 16% في البيئات المختلفة.

وقد خص هذا الاضطراب باهتمام كبير في أمريكا، ويتمثل هذا الاهتمام في الكم الهائـل مـن الدراسات التي تناولت هذا الاضطراب وفي وجود عيادات متخصصة لعلاج هذا الاضـطراب يعمل فيها متخصصون متمرسون لديهم خبرة وفيرة عـن أسـباب وأعـراض وعـلاج هـذا الاضطراب كما أن هناك جمعيات أهلية خاصة بهذا الاضطراب والتي يتكون أعضائها من آباء الأطفال الذين يعانون من الاضطراب،أما في الوطن العربي فإن هذا الاضطراب لم يلق الاهتمام الكافي في بحوث ودراسات علم النفس وأن وجدت فهي نادرة وقليلة،أما الآباء والمعلمـين فـإن معرفتهم بهذا الاضطراب إما معدومة أو غير كافية ، ولذلك فأنهم يصفون الأطفـال المصـابين بهذا الاضطراب بأنهم عدوانيين ومعاندين وكثيرو الحركة أو أنهم لديهم صعوبات تعلم أو تأخر دراسي ،وهذه المعرفة غير الكافية بهذا الاضطراب تنعكس سلبياً على الطفل المصاب به فلا يتم الاهتمام بالاحتياجات العلاجية لهؤلاء الأطفال ويتم إهمالهم مما ينعكس على حياتهم المدرسـية ومستقبلهم ويشكلون عبئا على النظام التعليمي والمجتمع بأسره (أبو هويشل،2004: 15).

أولاً لمحة تاريخية :

ظهر أول وأقدم وصف للأطفال الذين يبدون الأعراض التي تنسب الآن إلى اضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد في بداية القرن التاسع عشر. ففي سنة (1902) ذكر جورج ستيل (George still , 1902) من خلال المحاضرات التي كان يلقيها والتي نشرتها الجمعية الطبية الملكية أوصافاً لهؤلاء الأطفال والتي منها أن هؤلاء الأطفال أكثر انفعالية ، ولا يهابون وعدوانيين وغير منضبطين والعديد منهم وصفوا بأنهم ذوي نشاط زائد ولديهم عجز في أداء المهمات ، و هذه الأوصاف لاحظها ستيل من خلال ممارسته الطبية وقد عزى ستيل هذه السلوكيات إلى العجز في كبح السلوك التي ينشأ من أنواع مختلفة من النقص في الضبط والتحكم الأخلاقي ،ويرى كانتويل (Cantwel (1985 أن تاريخ مشكلة نقص الانتباه والنشاط الزائد في الولايات المتحدة الأمريكية يرجع لانتشار وباء الالتهاب الدماغي الذي انتشر عامي (1917 – 1918) إذ بعد انتشار هذا الوباء اظهر بعض الأطفال الذين تم شفاؤهم من هذا المرض مشكلة سلوكية تتميز بثلاث مجموعات أساسية من الأعراض هي النشاط الزائد، قصر فترة الانتباه، والاندفاعية وقد ابتكر لهؤلاء الأطفال مصطلح أعراض سلوك تلف المخ (Brain Damage Behavior Syndrome) (صبره ، 1994 : 14).

وفي تلك الفترة(1918) تم الربط بين التلف الدماغي Brain damage والانحراف السلوكي Behavioral Deviance ، حيث أنه بتتبع العديد من الأطفال الذين يعانون من التهاب دماغي لوحظ أنهم يتحركون بصورة مفرطة وعديمي الانتباه ويتسمون بالعدوانية وبالإضافة لذلك فإنهم يعانون من صعوبات تعليمية وانفعالية (Mark , D. , 1998 : 66) وفي العقد (1940 – 1950) وبعد الحرب العالمية الثانية أوضحت دراسات كلا من ستراوس وليتنين(1947) (Strauss and Lethinen , 1997) أن النشاط الزائد والسلوك اللانتباهي عند الأطفال هو

نتيجة مباشرة لتاف الدماغ Brain Damage لذلك ابتكروا المصـطلح خلـل دمـاغي بسـيط Minimal Brain Damage وفي الفترة من(1950 – 1960) ظل النشاط الحركي الزائـد هو العرض الرئيسي لهذا الاضطراب . (David,C.G.&Russell,A.B., 1992 :138)

وعند أواخر(1960) تم استبعاد الرأي القائل بأن السبب الرئيسي لنقص الانتباه والنشاط الزائـد هو الخلل الدماغي Brain damage ، وأصبح ينظر إليه على انه اختلال في وظـائف المـخ وأصبح مصطلح الاختلال الوظيفي البسيط للمـخ Minimal Brain) (Dysfunction هـو التسمية لهذا الاضطراب. (Mark, D., 1998: 67) وقد عزز النظرة إلـى أن سـبب نقـص الانتباه و النشاط الزائد هو اختلال في وظائف المخ وليس تاف المخ التعريف الـذي قـدم مـن المعاهد المختصة بالدراسة الصحية والنفسية.

وينص هذا التعريف على أن "الأطفال من ذوي الذكاء المتوسط أو تحـت المتوسـط أو فـوق المتوسط والذين يعانون من صعوبات سلوكية وتعليمية معينة تتراوح ما بين الاعتـدال والشـدة تكون مرتبطة بانحراف في وظائف الجهاز العصبي المركزي وهذه الصعوبات يمكن أن تظهـر من خلال مجموعة متحدة من السمات الآتية: ضعف في الإدراك، ضعف في المفاهيم ، ضـعف في اللغة ، ضعف في الانتباه ، ضعف في الاندفاعية ، ضعف في الوظيفـة الحركيـة ، وقـد اقترحت العديد من الأسباب المحتملة والمختلفة للاختلال الوظيفي البسيط في المخ وهذه الأسباب لم تشمل فقط حدوث تاف في الجهاز العصبي المركزي ولكن شملت أسـباب جينيـة وكـذلك كيميائية (صبره، 1994: 26).

وفى الفترة الواقعة ما بين (1968 – 1979) ساد مفهوم لهذا الاضطراب هو متلازمة النشـاط الزائد Hyperactivity وخلال هذه الفترة حاولت جهود كثير من البـاحثين إثبـات فكـرة أن النشاط الزائد هو العرض الرئيسي لهذا الاضطراب. وتم استبدال مفهوم الخلل الوظيفي الدماغي

البسيط بمفهوم آخر يعبر عن آراء العلماء في هذه الفترة وهو : رد الفعل الحركـي وعكسـت قوائم التشخيص لهذا الاضطراب عدم الرضا عن الفكرة غير الملائمة التي تقول أن سبب هـذا الاضطراب هو خلل وظيفي بسيط في الدماغ وأكدت على انه يوجد درجة زائدة مـن النشـاط الحركي تمثل جيدا جوهر الأعراض لهذا الاضطراب.(Mark . D , 1998 : 67)

وفي السبعينات وبعد اجتماع الرابطة الأمريكية للطب النفسـي وظهـور دليلهـا التشخيصـي والإحصـائي للاضـطرابات النفسـية Diagnostic and statistical Manual (DSM – II)(1968) تم تسمية هذا الاضطراب بالنشاط الزائد Hyperactivity) (الحامد ، 2000 : 47).

وفي أواسط(1970) بدأت تتراكم أدلة وتطرح تساؤلات عما إذا كان النشاط الزائد هو العرض الرئيسي لهذا الاضطراب ومن خلال الدراسات التي أوضحت أن الأطفال الذين صنفوا بالنشـاط الزائد اظهروا أيضا عجزا ملحوظا في الاحتفاظ بالانتباه وفي التحكم بالاسـتجابات الاندفاعيـة مقارنة بالأطفال العاديين. حينئذ بدء التحول بعيدا عن الرؤية القائلة بأن النشاط الزائد هو العجز الرئيسي للاضطراب وأن هناك أعراض مهمة أخرى لهذا الاضطراب تتمثـل فـي مشـكلات الاحتفاظ بالانتباه ومشكلات كف السلوك ، ومشكلات التصرف.

وقد كان هذا التحول في المفهوم مؤثراً جداً بحيث تم إعادة تسمية الاضـطراب بـ ـاضطراب نقص الانتباه (Attention Deficit Disorder) مع أو بدون النشاط الزائد وذلك مـن قبـل الرابطة الأمريكية للطب النفسي سنة(1980).   (David C. et al , 1992 : 193)

وقد عزز هذا التحول في مفهوم الاضطراب الطفرة التي حصلت في أبحاث علم النفس المرضى عند الأطفال في هذه الفترة والتي نتج عنها أبحاث تركزت حول مشكلات الانتباه والتي ارتبطت

بهذا الاضطراب وأصبح ينظر إلى نقص الانتباه كعرض رئيسي لهذا الاضطراب وتـم أبعـاد النشاط الزائد كعرض رئيسي في تعريف هذا الاضطراب.

وانعكس هذا التحول الدراماتيكي في تشخيص هذا الاضطراب في الطبعة الثالثـة مـن الـدليل التشخيص والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM- III) سنة (1980) حيث تم إعادة تسمية هذا الاضطراب بـاضطراب نقـص الانتبـاه (Attention Deficit Disorder) (ADD) والذي قد يحدث مع النشاط الزائد (ADD/H) أو بدون النشاط الزائد (ADD)وتم تقسيم هذا الاضطراب إلى نقص الانتباه المصاحب لفرط النشاط ونقص الانتباه غير المصـاحب لفـرط النشاط(الحامد ، 2002: 47). وفي العام (1987) تم إعادة ظهور التأكيـد الـذي أعطـى مبكراً إلى النشاط الحركي كعرض معروف للاضطراب وأثر مرة ثانيـة فـي إعـادة تسـمية الاضطراب إلى نقص الانتبـاه و النشـاط الزائـد Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) وظهر ذلك في الطبعة الثالثـة المعدلـة (DSM. III – R) حسـب توصيات اجتماع الرابطة الأمريكية للطب النفسي في عام (1987). (الحامـد ، 2002 : 48 و David,C.G.&Russell,A.B., 1992 :193) وفي عام (1994) وبناء على توصيات اجتماع الرابطة الأمريكية للطب النفسي صدرت الطبعة الرابعة (DSM – IV) من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والتي تم فيها تصنيف هذا الاضطراب مع الاحتفاظ بمسـماة السابق (نقص الانتباه و النشاط الزائد)إلى ثلاثة أنواع :

النوع الأول : نقص الانتباه والنشاط الزائد المركب Combine type .

النوع الثاني: نقص الانتباه والنشاط الزائد الذي يغلب عليه نقص الانتباه Inattentive type

النوع الثالث : نقص الانتباه والنشاط الزائد الذي يغلـب عليـه النشـاط الزائـد والاندفاعيـة Hyperactive – Impulsive type

من السرد التاريخي السابق يرى الباحث تغير النظرة إلى هذا الاضطراب مـع مـرور الـزمن وذلك حسب النظرة إلى مسببات هذا الاضطراب وحسب ما هو متاح للباحثين من أدوات البحث العلمي ، فقديماً منذ سنة (1902) اعتقد العلماء أن الطفل ذي نقص الانتبـاه و النشـاط الزائـد يعاني من اضطراب أخلاقي وأن سبب هذا الاضطراب هو ضعف في المنظومة الأخلاقية عنـد الطفل ، ثم اعتقد أن هناك مسببات عضوية في المخ مثل تلف المخ أو اخـتلال فـي وظـائف الجهاز العصبي المركزي ونتيجة لذلك ظهرت تسميات لهذا الاضطراب مختلفة.

ثانياً تعريف الاضطراب :

لاقت زملة الأعراض السلوكية والتي تعرف الآن باضطراب نقص الانتبـاه والنشـاط الزائد ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) بعض الاختلافات فـي تحديد مصطلح متفق عليه يعبر عن أعراض هذا الاضطراب ويرجع اختلاف الباحثين والعلماء في الاصطلاح على تسمية لهذا الاضطراب إلى الاختلاف في نظرة كلا منهم إلى طبيعة هـذا الأعراض المكونة لهذا الاضطراب وآي منها أكثر بروزاً.

فكما يرى السمادونى (1990) انه بالرغم من أن هناك زملة أعراض أساسيه لهذا الاضطراب منها الاندفاعية، ضعف الانتباه، الحركة المفرطة إلا أن العلماء قد اختلفوا حول أي مـن هـذه الأعراض أكثر أهمية وأشد خطورة فهناك من يرى أن عدم القدرة على الانتباه أو قصر الانتباه هو أهم أعراض هذا الاضطراب، وهناك من يرى أن المشكلة الأساسية الجوهرية عند الأطفـال ذوى الاضطراب هو الاندفاعية إذ أن هؤلاء الأطفال لا يتمكنون من التوقف فترة للاستماع قبل الإجابة ، ويرى عبد العزيز الشخص (1984) أن هناك من الباحثين من أعطى أهميـة كبيـرة لارتفاع مستوى النشاط الحركي كمظهر أساسي للنشاط الزائد ويتفق هؤلاء الباحثين على اتخـاذ "عدم القبول الإجتماعى للنشاط " كمحك للحكم على النشاط إن كان زائدا أم عاديا .

وأن فريقا آخر من الباحثين والعلماء ذهب إلى اعتبار أن مشكلات تركيز الانتباه مؤشراً أساسياً للنشاط الزائد أمثال كوهين ودوجلاس (الشخص ،99:1984).

وقد ظهرت عده تسميات للدلالة على زملة الأعراض السلوكية لهذا الاضطراب في الإصدارات المختلفة من الدليل التشخيصي و الإحصائي (DSM) الصادر عن جمعيـة الطـب النفسـي الأمريكية (APA) American Psychiatric Association وعكست هذه التسميات نظـره العلماء إلى طبيعة الاضطراب ففي السبعينات (1970) وبعد اجتماع الرابطة الأمريكية للطب النفسي وظهور دليلها التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية _ الطبعـة الثانيـة (II - DSM) تم تسمية هذا الاضطراب بفرط النشاط الحركي Hyperactivity. وبعد أن أظهـرت دراسات بعض العلماء أمثال دوجلاس (1975) أن الاضطراب فـي الانتبـاه هـو العـرض الأساسي لدى مفرطي النشاط وقد تم تأييد هذه الحقيقة عن طريق ملاحظة الأطفال الذين لـديهم فرط في النشاط وقد رأى دوجلاس أن الأطفال الذين لديهم فرط في النشاط أقـل قـدرة علـي الاحتفاظ بالانتباه. ونظراً لأهمية اضطراب الانتباه كخاصية تميز فئة الأطفال الذين لديهم فـرط في النشاط فقد رأت الرابطة الأمريكية للطب النفسي في اجتماعها سنة (1980) ومـن خـلال دليلها التشخيصي الإحصائي الطبعة الثالثة (DSM-III) . تقسيم هذا الاضطراب إلي نوعين:

الأول هو: اضطراب الانتباه المصاحب للنشاط الزائد : Attention Deficit Disorder with Hyperactivity

والثاني هو : اضطراب الانتباه غير المصاحب بنشاط زائد: Attention Deficit Disorder without Hyperactivity

وقد ظل هذا التقسيم سارياً حتى قام بورينـو وزمـلاءه (Porrino.et. al., 1988) بدراسـة أعراض الاضطراب وقد أوضحت نتائج التحليل العاملي التي قام بها أن عجز الانتبـاه وفـرط النشاط الحركي عرضان لاضطراب واحد وليسا نمطين مستقلين.

ولذلك عندما قامت جمعية الطب النفسي بإجراء مراجعة للطبعة الثالثة وظهرت الطبعة الثالثـة المعدلة من الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM-III-R, 1987) دمجت فرط النشاط الحركـي مع اضطراب عجز الانتباه ومنذ ذلك التاريخ أصبح يطلق عليه اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد(Attention Deficit Hyperactivity Disorder) .

وفي عام (1994) أكدت الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي الإحصائي ما ورد في مراجعـة سنة (1987) بشأن الاضطراب حيث تبين أن جميع الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لـديهم نشاط حركي مفرط ولكن مستوى هذا النشاط الحركي المفرط يختلف من طفل لأخر فقد تكـون أعراض ضعف الانتباه أشد من أعراض فرط النشاط الحركي لدي بعضهم وعلي النقيض مـن ذلك قد تكون أعراض فرط النشاط الحركي أشد من أعراض ضعف الانتباه لدى البعض الآخـر منهم وأخيرا قد تتساوى شدة الأعراض لكلاً من ضعف الانتباه وفرط النشاط الحركي لدي أطفال آخرين منهم (الحامد ،2000 :47) .

مما سبق نرى أن هذا الاضطراب اصطلح عليه النشاط الزائد Hyperactivity تارة ثم اصطلح عليه اضطراب نقص الانتباه تارة أخرى إلي أن تم دمج التسميتين في تسـمية واحـدة وهـي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

ويؤكد ذلك أشرف صبره (1994) حيث يري أنه لا تزال عده مصطلحات تستخدم في الوقـت الحاضر للدلالة علي زملة أعراض النشاط الزائد وهذه المصطلحات هي :

مصطلح فرط النشاط الحركي Hyperkinesias

مصطلح تلف دماغى بسيط Minimal Brain Dama

مصطلح اضطراب العجز في الانتباه Attention Deficit Disorder ADD

ومصطلح النشاط الزائد Hyperactivity ومصطلح اضـطراب الانتبـاه والنشـاط الزائـد (ADHD). (صبره، 1994: 14).

وقد اختلفت الدراسات العربية التي تناولت هذا الاضطراب في الاصطلاح عليه رغـم أنهـا تناولت جميعها نفس زملة الأعراض السلوكية التي تدل علي هذا الاضطراب فمـن الدراسـات العربية من اصطلحت علي تسميته النشاط الزائد Hyperactivity ومنها دراسة الشـخص 1984، 1985 ودراسة أشرف صبره (1994)، ودراسة منال عبد الحافظ (2000)، ودراسـة يوسف جلال ويحيي زكريا (2000) ودراسة السماد وني (1990).أما الدراسات الأخرى فقـد اصطلحت علي تسميته اضطراب الانتباه Attention Deficit Disorder (ADD) ، ومن هذه الدراسات دراسة دراسة عجلان و طنطاوى(1985)، وقد استخدم نفس المصطلح (ADD) السيد علي السيد وفائقة بدر في كتابهما (1999) وقد بين السيد وزميلته أنهما استخدما مصطلح اضطراب الانتباه من باب الاختصار وقد تبنيا المصطلح الذي ورد فـي الـدليل التشخيصـي الإحصائي الرابع للاضطراب العقلية DSM – I V الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية عام 1994 و هو (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) (ADHD) ، والـذي يعنى اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركي مفرط ويريان أنه لطول هذا المصـطلح فسوف يختصر في كتابيهما ويشار إليه باضطراب الانتباه عوضاً عن اسمه اضـطراب عجـز الانتباه المصحوب بنشاط زائد (السيد وبدر، 1999: 9).

ويرى الباحث أن أفضل تسمية هي التسمية التي وردت في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي الرابع وهى اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لأنها جمعت بين أعـراض وسـمات هـذا

الاضطراب في تسميه واحدة ولاتفاق كثير من الدراسات الأجنبية التي تناولت هذا الاضـطراب على هذه التسمية.وسوف يستخدم الباحث الحالي الاختصـار(ADHD) للدلالـة علـى هـذه الاضطراب في دراسة الحالية .

ثالثا تعريفات اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :

اضطراب (ADHD) هو أحد الاضطرابات السلوكية التي يمكن أن تظهر على الطفـل وقت مبكر ولهذا الاضطراب مجموعة من الأعراض تظهر على الطفـل حـال الإصـابة بـه وتنحصر في ثلاث مجموعات رئيسية من الأعراض هي أعراض نقـص الانتبـاه وأعـراض النشاط الزائد وأعراض الاندفاعية،وقد استخدمت جمعية الطـب النفسـي الأمريكيـة (1994) مصطلح اضطراب نقـص الانتبـاه والنشـاط الزائـد (ADHD) (Attention – Deficit / Hyperactivity Disorder) ، **ذي** الثلاث أنواع الفرعية التالية**:**

1. النوع المركب (Combined Type)
2. نوع سيادة عدم الانتباه (Predominantly Inattentive Type)
3. نوع سيادة الاندفاعية والنشاط الزائـد (Predominantly Hyperactive – Impulsive Type) وقد ورد في دليلها التشخيصي الرابع DSM – IV الأوصاف التاليـة والتـي تعبـر مجاميع أعراض الاضطراب:

1.عدم الانتباه : Inattention

وهذا الصنف ينشأ من سلوكيات مثل عدم الانتباه للتفاصيل، أخطاء طائشة في الأنشـطة الحياتية مثل الأعمال المدرسية، صعوبة في الاحتفاظ بالانتباه والإصغاء، عدم إكمـال المهـام، عجز في تنظيم المهارات، فقد ونسيان الأشياء، سهولة التشتت، تجنـب المهـام التـي تتطلـب الاحتفاظ بالجهد، كثرة النسيان.

2.النشاط الزائد: Hyperactivity

وهذا الصنف ينشأ من سلوكيات مثل التململ، مغادرة مكانه المحدد، يجرى بشكل مفرط، يجد صعوبة في أن يلعب بهدوء، الحركة مستمرة، والتحدث بشكل مفرط.

3.الاندفاعية: Impulsivity

التحدث خارج نطاق الإجابة، صعوبة في انتظار الدور، المقاطعة والتطفل على الآخرين ويرى بينيديا وآخرون (Pineda, et. al., 1999) أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) هو اضطراب معرفي وسلوكي يتميز بثلاث أعراض رئيسية هي عدم الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية ، ويعرفه (يوسف وزكريا 218:2000)، بأنه اضطراب سلوكي يتضح من خلال عدة مظاهر أهمها تشتت الانتباه والاندفاعية والحركة العشوائية المستمرة ويترتب عليه سوء التوافق الشخصي والاجتماعي للطفل مع عدم تقبل الآخرين له ورفضهم لانفعاله وتصرفاته ، وترى (عجلان وطنطاوي 65:1995)، أن قصور الانتباه يشير إلى الاضطراب السلوكي الذي يعد النشاط المفرط ونقص أو قصر فترة الانتباه والاندفاع أهم مكوناته،ويرى (العتيق، 123:2000) أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يرتبط به ثلاث أنواع من السلوك هي: فرط النشاط الحركي وشرود الذهن والاندفاعية،ويعرف (الشخص 100:1984) الطفل ذي النشاط الزائد بأنه الطفل الذي يعاني من ارتفاع مستوى النشاط الحركي بصورة غير مقبولة وعدم القدرة على تركيز الانتباه لمدة طويلة، وعدم القدرة على ضبط النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات طيبة مع أقرانه ووالديه أو مدرسيه،ويرى (حاج يحيى، 26:1999) أن مصطلح (ADHD) يعني إعاقة في التركيز والإصغاء مع حركة زائدة أو بدونها،ويرى روس وروس (Ros and Ros,) في (السمادوني،1990 : 936).

أن الطفل ذو النشاط الزائد هو الطفل الذي يكون مستوى نشاطه عالياً فـي المواقـف التـي لا تتطلب ذلك غير قادر على خفض هذا النشاط إذا طلب منه ذلك لديه القـدرة علـى أن يصـدر استجاباته بسرعة أكثر من الطفل العادي ،ويعرف شـيفر (1989) فـي (الزعبـي ، 2001 : 169) ،النشاط الزائد بأنه حركات جسيمه تفوق الحـد الطبيعـي أو المقبـول أنـه متلازمـة syndrome مكون من مجموعة اضطرا بات سلوكية ينشأ نتيجة أسباب متعددة نفسية وعضوية معاً،" ويعرفه اوجست وستيورات (1984) بأنة مجموعة من المتغيرات المترابطة والتي تشـمل بصورة أساسيه النشاط والمفرط وعدم الانتباه والاندفاعية ". (صبرة ، 1994: 15)

ويجمع الباحثون على أن النشاط الزائد له خصائص أساسية تميزه عـن المشـكلات السـلوكية الأخرى وهذه الخصائص هي:

- ارتفاع مستوي النشاط الحركي بصورة غير مقبولة.
- تشتت الانتباه وضعف التركيز.
- الاندفاعية وعدم القدرة على ضبط النفس (عبد الباقى ، 1999: 19-20)

ومن التعريفات السابقة يري الباحث أنها أجمعت على أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يتميز بوجود ثلاث مجاميع من المظاهر السلوكية وهي النشاط الزائد ونقص الانتباه والاندفاعية وعلى الرغم من أنها اختلفت في تسمية الاضطراب إلا أنها تناولته من خلال أعراضه الرئيسية الثلاث وهي نقص الانتباه والاندفاعية والنشاط الزائد.

ويتبنى الباحث التعريف الذي أوردته جمعية الطب النفسي الأمريكية (1994) لأنه أعم وأشـمل من التعريفات الأخرى.

رابعاً أسباب اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد:

تعددت أسباب اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد فقد أرجعها البعض إلى أسباب عصبية مثل الإصابة في المخ أو إلى خلل وظيفي في الجهاز العصبي أو إلى حدوث خلل في التوازن الكيميائي للدماغ أوانها نتيجة إلى التأخر في النضج العصبي أو أسباب نفسية ، كما أن البعض أرجعها إلى أسباب وراثية أو أسباب بيئية مثل الضوضاء والتلوث البيئي أو نتيجة تناول أطعمة معينة أو أسباب تشريحية،وسوف يتناول هنا هذه الأسباب بشيء من التفصيل :

أ . الأسباب الوراثية:

من الشائع أن نرى أن هناك سمات معينه يمكن أن يتوارثها الأبناء عن الآباء وأن هذه السمات يتتابع ظهورها في أفراد العائلة جيلاً بعد جيل، فمثلا (لون العينين، لون الشعر، الطول، نسبة الذكاء) هي سمات وراثية،وكذلك يتوارث الأبناء بعض الأمزجة التي تنزع إلي الظهور في أجيال متعاقبة بمعنى أن هذه الأمزجة تكون وراثية، فترى مثلا أطفال عصبيي المزاج بينما ترى أطفال هادئين واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد هو أحد الاضطرابات التي يمكن أن تنتقل عن طريق الوراثة.

ويرى السيد وبدر (1999) أن العوامل الوراثية تلعب دوراً هاماً في الإصابة بهذا الاضطراب وذلك بطريقه مباشرة من خلال نقل المورثات (الجينات) التي تحملها الخلية التناسلية لعوامل وراثية خاصة بتلف أو بضعف بعض المراكز العصبية المسئولة عن الانتباه في المخ أو بطريقة غير مباشرة من خلال نقل هذه المورثات لعيوب تكوينية تؤدى بدورها إلى ضعف نموه بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالانتباه (السيد وبدر ، 1999: 140) .

ويرى بول.هـ (Paul H.W., 2000 : 37) أن من مظاهر أثر الوراثة على الإصابة بالاضطراب أن آباء الأطفال المصابين بهذا الاضطراب كانوا يعانون من أعراض الاضطراب وهم صغار ، وأن أخوة وأخوات الأطفال ذوى الاضطراب يكونون أكثر احتمالا لظهور الاضطراب من أخوة الأطفال الذين لا يعانون من الاضطراب،ولمعرفة الأثر الجيني على الإصابة باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يقوم العلماء بدراسة التوائم المتماثلة وغير المتماثلة أو بدراسة الأطفال المتبنين،وقد بينت دراسات كثيرة أثر الوراثة على الإصابة باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من خلال دراسة التوائم المتماثلة وغير المتماثلة ومن خلال معرفة نسبة الاتفاق في ظهور أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بين التوائم ،ويرى ويلكت وبيننجتون (Wilcutt,E.G.,&Pennington,B.F., 2000) أن الدراسات التي هدفت إلى معرفة أثر الوراثة على الإصابة بالاضطراب وضحت أن هناك نسبة عالية من الاتفاق تصل تقريباً إلى 0,75 بين التوائم المتماثلة وأن نسبة الاتفاق في ظهور أعراض الاضطراب عند التوائم تعزى إلى حد كبير إلى التأثير الجيني.،ويوجد نوعين من التوائم النوعين MZ (Monozygotic) وهم (التوائم التي تشترك في جميع الجينات) والنوع الآخر DZ (Dizygotic)(وهم التوائم الذين يشتركون في نصف الجينات)،وعند دراسة التوائم يتم قياس التأثير الجيني بمقارنة الدرجة التي يكون عندها أزواج التوائم من النوعين MZ و DZمختلفين في نسب وجود أعراض الاضطراب أو مشتركين في مستوي الأعراض،وهذه المقارنة تحمل دليلاً على كمية التأثير الجيني في الاضطراب ، حيث أنه في التوائم MZ المتطابقين جينياً تصل نسبة الاتفاق إلى 100% في الحالات التي تتأثر قليلاً بالعوامل البيئية ،وتتأثر بقوة بالعامل الجيني.،أما في التوائم DZ التي تتشارك فيما بينها بـ 50% من جيناتها تصل نسبة الاتفاق ما بين 25% إلى 50% في الاضطرابات التي يكون فيها التأثير الجيني

قوياً،وتهدف دراسات التوائم مقارنة نسب الاتفاق أو معـاملات الارتبـاط لظهـور أعـراض الاضطراب بين التوائم من النوعين DZ , MZ مع التوقع بأن الاتفاق أو الارتباط يكون بالنسبة للتوائم من النوع MZ اكبر من التوائم من النوع DZ .،(Moon , J.H. , 2000 : 3-4)

وقد استخدمت العديد من الدراسات نسب الاتفاق بين أزواج التوائم لمعرفة تأثير العوامل الوراثية في إصابة الأطفال باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد،ومن هذه الدراسات دراسة ويلكـت وبيننجتون(Wilcutt,E.G.,&Pennington,B.F., 2000) وقد هدفت هذه الدراسة إلى فحص أسباب نقص الانتباه والنشاط الزائد و الاندفاعية عند التوائم ذوى صعوبات التعلم (أحد التـوائم على الأقل يظهر صعوبات تعلم)،واعتمدت الدراسة على محك نسبة الاتفاق بين أزواج التـوائم من حيث ظهور أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وقد وجدت الدراسة أن نسـبة الاتفاق في ظهور أعراض الاضطراب ذات دلالة أعلى في أزواج التوائم MZ منها في أزواج DZ وقد بلغت نسبة الاتفاق بيم أزواج التوائم MZ من92% إلى 98% واستنتجت الدراسـة أن الإصابة بأعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد تعزى في المقام الأول إلى العوامل الجينية.

وبينت الدراسة أن أثر الوراثة يكون مرتفعاً في ظهور أعراض نقص الانتباه وأن نسبة الاتفـاق في أعراض نقص الانتباه 94% وفـي أعـراض النشـاط الزائـد /الاندفاعيـة هـي 78%. ووجدت أن وراثة النشاط الزائد - الاندفاعية تزداد كدالة خطيـة لأعـراض نقـص الانتبـاه. وعن علاقة الوراثة بالجنس وجدت الدراسة أن بعد النشاط الزائد -الاندفاعية يظهر فيـه أثـر الوراثة عند الـذكور أكثـر مـن الإناث،نسـبة الاتفـاق اسـتخدمت (John,C.D., et.al , 1995 :329)وفي دراسة جون وزملائه أزواج التوائم وبحثت عن أثر العامل الجيني في تداخل اضطراب القراءة (RD) مع اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (أحد التوائم علـى الأقـل يعانى من الاضطراب في القراءة) ووجدت الدراسة أن نسبة الاتفاق في مجموعـة (اضـطراب

القراءة + اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد) هي 46% في أزواج التـوائم MZ و 29% في أزواج التوائمDZ وهذا يوضح أن تداخل الاضطرابيين يعزى في جزء منة إلـى التـأثيرات الجينية وبينت نتائج الدراسة أن 50% من زمرة اضطراب القراءة تعزى إلى العامـل الجينـي والذي يؤثر بدورة في العجز في الانتباه ،ويرى بول.هـ(Paul,H.W.,2000:39) أن هنـاك دراسات أخرى قد نحت منحنى آخر فى دراسة اثر الوراثة على الإصابة بالاضـطراب حيـث قامت بدراسة اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال المتبنين. وقـد أتاحـت هـذه الدراسات للعلماء فصل تأثير العوامل الجينية عن عوامل التنشئة الاجتماعية والأسـرية ، وقـد وجدت هذه الدراسات أن:

1- أن أخوة وأخوات الطفل المتبنى ذي الاضطراب تكون لـديهم احتماليـة عاليـة للإصـابة بالاضطراب.

2- أن الآباء الحقيقيون للأطفال المتبنين ذوى الاضطراب يكونون أكثر احتمالاً لوجود أعراض الاضطراب عندهم من الآباء الحقيقيين الأطفال المتبنين غير المضطربين.

3- الآباء الذين يتبنون أطفالاً ذوى الاضطراب ليس لديهم احتمال وجود أعراض الاضـطراب أكثر من الآباء الذين يتبنون أطفالاً غير مضطربين.(Paul, H.W., 2000: 39)

ب . الأسباب المتعلقة بالمخ:

ترجع الأسباب المتعلقة بالمخ إما إلى خلل في النواقل العصـبية (Neuro Transmitters) أو أسباب تشريحية تؤدى إلى خلل في وظائف المخ أو بسبب ضعف النمو.

1. النواقل العصبية:

النواقل العصبية هي مواد كيميائية تنقل النبض العصبي عبر نقطة الاشـتباك العصـبي (Synapse) ، ومن المواد الكيميائية المعروفة كناقل عصبى مادة الـدوبامين (Dopamine)،

ولكي نفهم أثر النواقل العصبية على الإصابة باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يجـب أن نفهم آلية عمل هذه النواقل، فكما نعلم يتكون الدماغ من شبكة معقدة من الخلايا العصـبية ويـتم الاتصال بين هذه الخلايا بالنبضات العصبية من خلية إلى أخرى دون الارتباط المباشـر بينهـا ويشير العلماء إلى نقطة الاتصال الوظيفي بين كل خلية وأخرى بالمشتبك العصبي (Synapse) وهى بأنواعها المختلفة تتميز بملامح رئيسية مشتركة فقد بينت الفحوص الميكروسكوبية المتقدمة أن تفريعات نهاية الخلية التي توجد قبل المشتبك تتضمن ما يشبه البثور (knobs) أو الانتفاخات المستديرة الدقيقة ويوجد بداخل البثور حبوب أو حويصلات صغيرة جداً تحتوى علـى سـوائل كيميائية وحينما يصل النبض العصبي إلى المشتبك تقوم حويصلات ما قبل المشتبك بقذف ناقـل كيميائي (Chemical Transmitters) يعمل بالتدريج على استقطاب الغشاء الخـاص بالخليـة التي تقع بعد المشتبك حتى يصل إلى نقطة ينطلق عندها النبض العصبي وعندما تتجمع النبضات العصبية من مجموعة خلايا عصبية تقع ما قبل المشتبك في خلية عصبية بعـد المشـتبك فـإن النبض العصبي يستثار بسرعة. (ملحم ،2001 : 95).

مما سبق نرى أن الاتصال بين الخلايا العصبية في الدماغ هو اتصال كيميـائي فأحـد الخلايـا تطلق كمية صغيرة من مواد كيميائية يتم التقاطها من خلية أخرى تسبب اسـتثارتها، وعليـة إذا كانت كمية النواقل الكيميائية المنطلقة من أحد الخلايا قليلة فإن الخلية الثانية لا تستثار ولا يـتم الاتصال بين الخلايا العصبية ، وبالتالي فإن أي خلل في نظام النقل العصبي في أحد أجزاء المخ يعمل على أن لا يقوم هذا الجزء بوظائفه ،وعند فحص الكيمياء العصبية للأطفـال المصـابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وجد أنهم يعانون من نقص في هذه النواقل العصبية في بعض أجزاء المخ وهذا الخلل في النواقل العصبية يؤثر على وظائف المخ في هذه الأجزاء فمثلاً قد يكون هناك خلل في كمية النواقل العصبية في المنطقة التى تكون وظيفتها تنظيم الانتباه .،من

أجل ذلك فإن النقص في الكمية المتاحة من النواقل العصبية في هذه المنطقة ربما يـؤدى إلـى نقص في القدرة على تركيز الانتباه ، وقد يكون هذا النقص في الكمية المتاحـة فـي المنـاطق المسئولة عن كف السلوك أو ضبط الحركة مما يسبب ظهور أعراض اضطراب نقص الانتبـاه والنشاط الزائد عند الطفل المصاب، ويـرى بـول .هـ ـ (Paul,H.W. , 2000: 35-37) أن الوراثة قد تلعب دوراً مهماً في تحديد كمية ونوع المواد الكيميائية فربما تتحكم الجينات في كمية النواقل العصبية وربما تعمل بعض الجينات على التأثير في إنقاص الكمية المتوفرة من النواقـل العصبية .

2. أسباب تشريحية:

بذلت جهود كثيرة من الباحثين لمعرفة مصدر اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائـد من خلال معرفة الخصائص العامة للأطفال والكبار المصابين بالاضـطراب، واهتمـت هـذه الدراسات بدراسة الأسباب التشريحية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، وهناك دراسـات اهتمت بتركيب المخ وعلاقته بالاضطراب وقامت بدراسة بعض المناطق الخاصة فـي المـخ، ومن المناطق المخية التي أولاها العلماء جانباً كبيراً من الأهمية الفصوص الجبهية مـن المـخ (Frontal Lobes)،ويرى ملحم (2001) أن الفصوص الجبهية هي مراكز الوظـائف العقليـة الراقية مثل الحكم المنطقي والتخطيط الواعي والتحكم الدقيق في نشاط الإنسان وانفعالاته وتنظيم الحركة الإرادية وضبطها وتنسيقها(ملحم ،2001 :92)

وتشمل الفصوص الجبهية حوالي ثلث مساحة كلاً من النصفين الكـرويين الـدماغيين وتؤكـد الأبحاث الحديثة أن أي تلف لهذه الفصوص الجبهية يؤدي إلى خلل كبير فـي تنظـيم عمليـات النشاط العقلي المعرفي ، فنشاط هذه الفصوص الجبهية يرتبط مباشرة بالنشاط العقلـي وتنظـيم عمليات التفكير ، وعادة يطلق على عمليـات التفكيـر (Cerebration) أي نشـاط القشـرة

الدماغية،والفصوص الجبهية لها دور أساسي في تنظيم عمليات التنشيط المسئولة عـن الانتبـاه الإرادي كما أنها تقوم بتنظيم الأفعال المركزية المعرفية وتشترك في توجيـه وتنظـيم النشـاط الحركي (كامل ،1991 :135 - 136)

ويعتبر ماتس (Mattes,1980) أول من ربط بين الاخـتلال الـوظيفي للفصـوص الجبهيـة واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ، ولقد ربط ماتس بين أعراض الاضطراب والأعراض التي تنشأ من تضرر الفص الجبهى عند الإنسان والحيوان ووضح أيضـاً أن الأشـخاص ذوى اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والأشخاص ذوى التلف في الفص الجبهي يظهرون نفس العجـز ، (Witney,V.R., & Steven,L.S. ,2001) ويـرى جيـل. م , .Gail,M.G)

(1992:428أن كثيراً من الدراسات زودتنا بدليل مباشر على شذوذ وظائف الفصوص الجبهية عند الأطفال المضطربين بمقارنتهم بالأطفال العاديين وانه باستخدام التخطيط الكهربي للـدماغ (EEG) يظهر لنا بوضوح نقص النشاط في منطقة الجبهة عند الأطفال ذوى اضطراب نقـص الانتباه والنشاط الزائد خلال أداء المهمات العرفية ومن الدراسات التي بينت العلاقة بـين تلـف الفصوص الجبهية والإصابة باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد دراسة ويتنـى وزميلـه (Witney,V.R., & Steven,L.S. ,2001)وقد استخدم اختبار ويسكنسون لتصنيف البطاقات (WCST) (Wisconsin Card Sorting Test)فى قياس وظائف الفص الجبهي وهو مقياس نفس عصبي .وقام بمقارنة نتائج هذا الاختبار في مجموعتين مجموعة ذوي اضـطراب نقـص الانتباه والنشاط الزائد ومجموعة ضابطة وكانت نتائج مجموعـة ذوى الاضـطراب منخفضـة بشكل دال في هذا الاختبار وأن هناك فروق دالة بين المجموعتين لصالح المجموعة الضـابطة، وهذا يعني أن تلف وظائف الفص الجبهي هو سبب لظهور أعراض الاضطراب وأن الأطفـال ذوي الاضطراب يعانون من خلل وظيفي للفص الجبهي وفي دراسة أخـرى قـام بهـا جيـل

(Gail,M.G. , 1992:439) لوظائف الفص الجبهي عند الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من الأولاد ، قام فيها بمقارنة نتائج مجموعتين (مجموعة ذوي اضطراب نقـص الانتباه والنشاط الزائد ومجموعة العاديين) في مجموعة مقاييس خاصة بوظائف الفص الجبهي ، وقد بنيت نتائج الدراسة أن هناك فروق ذات دلالة بين المجموعتين لصالح مجموعـة العـاديين وان الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أقل سـيطرة وتحكـم فـي السـلوك الاندفاعي،وهناك دراسات اهتمت بفحص تدفق الدم في المخ لدي بعـض الأطفـال المصـابين باضطراب نقص الانتباه وذلك أثناء تركيزهم على منبهات مختلفة وقـد أسـفرت نتـائج هـذه الدراسات عن أن تدفق الدم يقل في الفص الجبهي الأيمن لدي الأطفال ذوي الاضـطراب عنـد تركيزهم على أي منبه ولذلك تم التأكيد على أن الفص الجبهي الأيمن هو المسئول عن ضـعف القدرة على التركيز لدي الأطفال المصابين بهذا الاضطراب. (السيد وبدر ،1990:37).

3. ضعف النمو العقلي :

يؤثر النمو العقلي على الكفاءة الانتباهية لدى الطفل وعندما يسير النمو العقلي بصـورة طبيعية وفقاً للمرحلة العمرية للطفل فإن كفائتة الانتباهية تتحسن كلما زاد نموه العقلي أما إذا كان نموه العقلي ضعيفاً ولا يتماشى مع عمرة الزمني فإن ذلك سوف يؤدى إلى ضـعف المراكـز العصبية في المخ المسئولة عن الانتباه وبالتالي تظهر أعراض اضطراب نقص الانتباه واضحة وجلية (السيد وبدر ، 1990 :39).

ج . أسباب نفسية :

إن تداخل اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مع غيرة من الاضـطرابات النفسـية والسلوكية الأخرى مثل (القلق، الاكتئاب، واضطراب السلوك) يدلل على أن هناك أسباب نفسية كامنة وراء هذا الاضطراب

ويرى أحمد محمد الزعبى (2001) أن من العوامل النفسية التى تكمن وراء هذا الاضطراب ما يلى :

1- القلق : وهو كثير الحدوث ويتداخل مع اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وهو ظاهر عند الأطفال ذوى الاضطراب حيث أن الهياج وعدم الاستقرار يظهـران فـي سـلوك هـؤلاء الأطفال.

2- وجود الطفل في مؤسسات إصلاحية لمدة طويلة والذي ينعكس أحيانا على تكيفه وتوافقه مع الآخرين والذي يكون غالباً تكيفاً غير سوي.

3- الرفض المستمر للطفل وأشعاره بالدونية وعدم القبول لأعماله وتصرفاته وتحطيم معنوياتـه مما يجعله ينسحب إلى عالمة الخاص ويحاول الانتقام من الآخرين .

4- الإحباط الذي يتعرض له الطفل في التحصيل الدراسي حيث أن معظم الاضـطراب يظهـر عند من يتميزون بضعف الذكاء والذي يكون متلازماً مع ضعف في التركيز وصعوبات تعليمية (الزعبى ،2001 :171)

د. أسباب غذائية:

من الأسباب المحتملة للإصابة باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد تنـاول بعـض الأطعمة وخصوصاً الأطعمة التي تحتوى على مضافات الطعام مثل مكسـبات اللـون والطعـم والمواد الحافظة أو أل أطعمة التي تحتوى على سكريات أو الأطعمة التي تسبب الحساسية فـي الجسم، وقد بينت الدراسات أن مضافات الطعام تؤدى إلى بعض التأثيرات السلوكية لدى بعـض الأطفال.ووجدت دراسات أخرى أن أكثر من 10% من الأطفال ذوى الاضـطراب يظهـرون تحسناً في سلوكهم عندما يتم استبدال طعامهم بأطعمة خالية من الأصباغ وأنه عند إعـادة هـذه الأصباغ إلى طعامهم يصبح سلوكهم أسوأ (عدم استقرار، الغضب، مشاكل في النوم).،وهنـاك

بعض الأطفال يعانون من الحساسية لبعض الأطعمة الطبيعية ويظهرون أعراضاً تتوافـق مـع أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مثل زيادة سرعة الغضـب وزيـادة السـلوك السلبي. وقد لاحظ أطباء الحساسية أنة عندما تعالج الحساسية للأطعمة بحذف الأطعمة المؤذيـة فإن سلك الطفل يتحسن وقد كشف ويندر (Wender (1986 فى (العتيق ،2000 : 117) في دراسته عن أن بعض المواد الكيميائية المضافة إلى الأغذية قد تسهم فـي إحـداث اضـطراب الانتباه مفرط النشاط وبين أن نسبة تتراوح مابين (30%-50%)من الأطفال مفرطى النشاط قد تحسنوا سلوكياً عندما استبعدت هذه الإضافات من غذائهم

هـ. أسباب بيئية :

تلعب العوامل البيئة دوراً مهما في التأثير على سلوك الفرد فهو يتأثر بالبيئة المحيطة بـه سـلباً وإيجابا، وتعتبر الضوضاء والتسمم بالمعادن وخاصة الرصاص من العوامل البيئية ذات التـأثير الواضح على سلوك الفرد بصفة عامة وعلى الإصابة باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائـد على وجه الخصوص.

1. الضوضاء:

تمثل الضوضاء الوجه الأكثر إزعاجا لعلاقة الإنسان بالبيئة، حيـث أن الصـراع بـين مثيرات الضوضاء المنبعثة من محيطنا، بما يحويه من مصانع ووسائل نقل ومكبـرات صـوت وازدحام السكان وبين الاحتفاظ بالتكوين العضوي والفردي للفرد متوازيا يؤدي إلى مـا يسـمي باستجابات التوتر التي تتزامن مع مجموعـه مـن المتغيـرات النفسـية والاجتماعية،وتسـلك الضوضاء طرقاً محددة فتثقل على الأعصاب وتثيرها وتؤثر في الانفعالات والسـلوك.،وعـن علاقة الضوضاء باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يرى(العتيق، 2000: 117) أن هناك دراسات عديدة أظهرت أن الضوضاء المرتفعة تؤدي إلى تشـتت الانتبـاه وضـعف التركيـز

وتشويش الذاكرة وتؤثر سلبا على الأداء العقلي والحركي للطفل ويرى أن معظـم التفسـيرات لتأثير الضوضاء على الانتباه تركز على خصائص الاستثارة والتشتيت للضوضاء.

ويري أن الضوضاء المتقطعة غير القابلة للتنبؤ هي الأكثر تنفيراً وتشويشا، وأنها لها تأثر على أداء المهام حتى لو لم يكن للشخص خبرة طويلة بها، وتعتبر المهام التي تحتـاج إلـى تركيـز الانتباه والتذكر والانتباه المتأني لعدة أشياء مختلفة أو اليقظة المتواصلة هي الأكثـر والأسـرع تأثرا بالضوضاء، فالمنبهات البيئية تؤثر على الانتباه خاصة إذا اتسمت مثـل هـذه المنبهـات بالتشتت واضطراب التركيز.

2.التسمم بالرصاص:

يعتبر التسمم بالرصاص أحد الأسباب المؤدية لاضطراب نقص الانتباه النشـاط الزائـد ،ويرى (العتيق، 1999: 232) أن هناك دراسات أوضـحت أن العلاقـات المبكـرة للتسـمم بالرصاص بين الأطفال تتمثل في البكاء المستمر بدون سبب والخوف والتبلـد العـاطفي، كمـا يعاني الأطفال من ضعف المهارات الاجتماعية، ومن ثم يرفضون اللعب ومشاركة أقرانهم ومن علامات التسمم بالرصاص أيضا ضعف الانتباه وتخلف النمو، وهذه العلامات تسـبب إصـابة خلايا المخ بالتلف ،ويرى (العتيق ،2000: 118) أن احتمال إسهام التأثيرات البيئية في حـدوث اضطرابات الانتباه مفرط النشاط ينحصر في التلوث بالرصاص والمـواد الكيميائيـة المضـافة للأغذية سواء كانت صبغات أو مواد حافظة وعدم انتظام البيئة الغير نظيفة،وقد لاحظ سـميث وآخرون (Smith.et.al. (1974 فى(العتيـق ،1999: 232)، أن الأطفـال ذوي المسـتويات المرتفعة من الرصاص في الدم يعانون من ضعف وتشتت المهـارات الإدراكيـة والبصـرية والتحصيل الدراسي وكذلك لاحظ بيتي وآخرون (Beattie.et.al (1975 في(العتيـق ،1999: 232) أن الأطفال مفرطي النشاط بين عمر ثلاثة سنوات ونصف و11 سنة ولديهم مسـتويات

رصاص في الدم أعلى وإفراز أعلى للرصاص في البول من الأطفال الأسوياء في نفس المرحلة .وقد أشار والن (1989) whilen، في (العتيق ،2000: 117) إلى أن الرصاص من الأسباب الرئيسية للإصابة باضطراب مفرط النشاط.،ووجدت دراسة(العتيق، 2000 : : 259) فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين المعرضين للتلوث بالرصاص وغير المعرضين في المقاييس التي تصف الحالة النفسية والمقياس الفرعي لاضطراب الانتباه والمقياس الفرعي للعدوانية وفي اختبارات الأداء العقلي والأداء الحركي بين المعرضين للتلوث وغير المعرضين ووجدت الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية في اختبار الشطب بين المعرضين وغير المعرضين، فقد كانت أخطاء الإغفال (الإجابات المتروكة)عند المعرضين للتلوث أكثر من أخطاء الإغفال عند المعرضين و غير المعرضين وكذلك بالنسبة لأخطاء التعدي (الإجابات الخاطئة) مما يبين أن التسمم بالرصاص يؤدي إلى اضطرابات الانتباه،ولاحظ ويلسون وآخرون (1986) Wilson et.al في(العتيق، 1999: 232) من خلال دراسة على مجموعتين من الأطفال المعرضين وغير المعرضين لتلوث الرصاص أن ثمة مجموعة من العوامل تساعد على زيادة امتصاص الرصاص بالدم طلاء الحوائط بالزيت و أحد أفراد الأسرة يعمل بمهنة تتعلق بالرصاص والسكن في منازل معرضة للقاذورات وعدم الأخذ بسلوكيات صحيحة في مجال النظافة.

و. الاضطراب سلوك متعلم:

يري بعض الباحثين أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد هو نوع من التكيف كما أنة سلوك متعلم ، ومن النظريات التي تبنت فكرة أن الاضطراب هو نوع من التكيف أي أنة سلوك وظيفي نظرية المستوى الأمثل للاستثارة (Optimal Stimulation) التي نادى بها سيدنى زينتال (zentall) وقد اقترحت هذه النظرية أنة يوجد لكل كائن حي احتياج لمستوى

مفضل من الإثارة وعندما لا يكون هذا المستوى من الإثارة موجوداً يحدث تغير فـي الانتبـاه والنشاط الزائد ، ويعمل هذا التغير كوظيفة للبحث عن مستوى أمثل للاستثارة بمعنى أن (تشتت الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية) تكون بمثابة سلوك وظيفي يساعد الفرد للوصول إلى مستوى أمثل للاستثارة. حيث يتملكه شعور البحث عن نشاط ما أو مثير ما، ويمكن تطبيق هذه النظرية على الأطفال ذوى اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بفرض أن الطفل المضطرب يكـون تحت حالة الاستثارة بسهولة أكثر من الطفل العادي ومن أجل ذلك يبدى شوقاً أكثر للبحث عـن النشاط ويكون أكثر سهولة للالتفات للمثيرات المختلفـة (متشـتت الانتبـاه). (Sydney,S .Z. &Theresa, k. ,1988)

خامساً انتشار اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد:

يعد اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعا بـين الأطفال وقد أشارت دراسات كثيرة إلى نسبة انتشار هذا الاضطراب بين الأطفـال فـي بلـدان مختلفة وقد تفاوتت هذه النسب من بلد لآخر، ففي الولايات المتحدة الأمريكية تراوحـت نسـبة الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بـين 3-10 % مـن بـين أطفـال المدارس ووجد أن هذا الاضطراب أكثر انتشارا في أوساط الذكور منه فـي أوسـاط الإنـاث (6.5-10%) .،كما أن ما يقرب من 40 - 70 % من الأطفال المحولين إلى قسـم الأمـراض النفسية يعانون من هذا الاضطراب.،وتقول إحصائيات أخرى أن ما يقرب من 25 مليون شخص ما بين طفل وبالغ في الولايات المتحدة الأمريكية يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشـاط الزائد (الحامد، 2000: 29)،وسوف نستعرض فيما يلي بعض الدراسات التي تناولـت نسـب انتشار الاضطراب في بلدان مختلفة، فقد بينت دراسة جيرالد وآخرون (1996) أن نسبة انتشاره في منطقة الغرب الأوسط من أمريكا تصل إلى (3%). (Gerald,J.A. et. al., 1996)

وبينت دراسات أخرى نسبة انتشار الاضطراب قد ترتفع إلى 16 % تحت شروط معينـة ففـي دراسة قام بها رولاند وآخرون(2001) لتقدير معدل انتشار اضطراب نقص الانتباه والنشـاط الزائد بين تلاميذ المدارس الابتدائية في مقاطعة شـمال كارولينـا وجـدت أن نسـبة انتشـار الاضطراب في مجتمع الدراسة هي 16 % وقد عزت الدراسة هذا الاختلاف في تقـدير نسـبة الانتشار عن الدراسات الأخرى إلى الاختلاف في المقاييس المستخدمة فـي قيـاس أعـراض الاضطراب وأن المقياس المستخدم في دراسته على أساس (DSM-IV) أكثر شمولا ودقة مـن المقياس المستخدم على (DSM-III-R(Rowland,A.S. et.al., 2001) .وفي كندا بينت دراسة قامت بها سيزا تمارى وآخرون (1989) في مقاطعة أونتاريو (Ontario) فـي كنـدا هدفت إلى تحديد معدل انتشار اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد حيث وجـدت أن معـدل انتشار الاضطراب ما بين 5.4 - 14 % وأن معدل انتشاره بين البنين والبنـات هـو 9 % بنين و 3.3 بنات أي بنسبة 1:3 بين البنين والبنات (الحامد، 2000: 30)،(وفي كولومبيا قام الفريدو وآخرون (1999) بدراسة هدفت إلى تقدير مدى انتشار أعـراض اضـطراب نقـص الانتباه والنشاط الزائد بين طلاب المدارس في مدينة منزيلس في كولومبيا وكانت نسبة انتشـار أعراض الاضطراب بين الذكور 19.8% ، وفي دراسة عبر ثقافية قام بها دوبـال وآخـرون (2001) لمعرفة معدل انتشار اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بين طلبة الجامعات، وقـد شملت عينة الدراسة (120900) طالب من طلبة الجامعات في ثلاث بلـدان هـي الولايـات المتحدة الأمريكية ونيوزلندا وإيطاليا وقد وجدت الدراسة أن انتشار أعراض اضطرابات نقـص الانتباه والنشاط الزائد عند أفراد العينة يتراوح ما بين 2.9 - 8.1 % مع تسجيل نسبة عالية في نيوزلندا. (DuPaul,G.J. et al , 2001) ، وفـى ألمانيـا قامـت آنـا ومـارك (1996 Anna,B.,& Mark,L.W.,) بدراسة عن انتشار اضطراب (ADHD) باسـتخدام مقياسـين

مختلفين ووجدت الدراسة أن نسبة الانتشار باستخدام الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث النسخة المعدلة (DSM-III-R) تصل إلى 10.9% وعند استخدام الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) فان النسبة وصلت إلى 17.8 % وقد عزى ذلك إلى صرامة وشدة التشخيص الذي استخدم فيه النسخة الرابعة (DSM-IV) ،أما في البيئة العربية فقد قامت عدة دراسات لتقدير حجم انتشارا لاضطراب ومن هذه الدراسات، دراسة عبد العزيز الشخص (1985) التي تناولت حجم مشكلة النشاط الزائد بين الأطفال في مصر ووجدت الدراسة أن نسبة انتشار النشاط الزائد في البيئة المصرية هي 5.71 % وأن هذا الاضطراب يوجد بين البنين والبنات بنسبة 5 : 3 ويرى عبد العزيز الشخص أن هذه النسبة تستوجب الاهتمام بهذا الاضطراب وعلاجه . (الشخص ، 1985 : 348).

كما قامت عفاف عجلان وأحمد طنطاوي (1995) بدراسة تبين منها أن نسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد في مرحلة الطفلة هي 5.17 % في حين بلغت نسبة انتشار الاضطراب في مرحلة المراهقة 6.77% . (عجلان و طنطاوي ، 1995 : 129)

وفي البيئة السعودية قام جمال الحامد (2002) بدراسة على تلاميذ مدارس الدمام الابتدائية (بنين) والذين تتراوح أعمارهم ما بين (6-13) سنة .

وتبين منها أن معدل انتشار هذا الاضطراب يتراوح ما بين 12.6% إلى 16.7% ويرى أن هذا يدل على ارتفاع نسبة انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال وانه أصبح من المشاكل الاجتماعية والسلوكية الملحة التي تتطلب سرعة التدخل على كافة المستويات (الحامد ، 2000 : 101)

سادسا التشخيص الفارق لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد:

توجد اضطرابات سلوكية عديدة تكون أعراضها متشابهة مع أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (ADHD). وتواجهنا صعوبات كثيرة في التفريق بين هذه الاضطرابات

حيث الاعتماد الأساسي في تحديد مثل هذه المشكلات ينحصر في ملاحظة المظـاهر السـلوكية للطفل مما يترتب عليه تشخيص خاطئ أو خلط بين اضطراب وآخر مختلـف إذ أن المظـاهر المرضية أو مظاهر الاضطراب قد تكون واحدة إلا أن الأسباب التي أدت إلى هذا الاضـطراب قد تختلف مما يدفعنا بالتبعية إلى استخدام أساليب علاجية خاطئة (حنا ، 1991 : 513).

فمثلاً القلق يكون له أعراض ظاهرة مثل عدم الاستقرار، وعدم الانتباه وكذلك الاكتئاب يظهـر أعراض مثل عدم الانتباه والهيجان النفس حركي. وهذه الأعراض تختلط مع أعراض اضطراب ADHD وكذلك الاضطرابات العصبية تظهر أيضاً مشاكل في الانتباه والاندفاعيـة والنشـاط المفرط. وهناك أساسان يمكن بهما التفريق بين الاضطرابات المتشابهة في الأعراض.

الأساس الأول : معرفة بداية ومسار وديمومة الأعراض.

الأساس الثاني : معرفة كيفية وكمية هيئة الأعراض.

وتساهم المقابلة المبنية في معرفة بداية ومسار وديمومة الأعراض مع ربط هذه المعلومات مـع تاريخ الحالة العائلي ومراجعة السجلات المتعلقة بالموضوع. وكذلك الاستفادة مـن المعلومـات المتحصل عليها من الآباء والمدرسين وتكتمل هذه المعلومات بمقاييس التقـدير لتحديـد كيفيـة وكمية هيئة الأعراض (Mark,D. , 1998) والأعراض وإن كانت متشابهة في الاضـطرابات المختلفة إلا أنها تختلف في بداية ظهورها على الطفل أو في مسارها (مزمنة أو متقلبة) أو فـي ديمومتها (مدى الحياة، أو في فترات عمرية محددة) وكذلك شدة هذه الأعراض قد تختلف مـن اضطراب لآخر، مثلاً العمر الذي تظهر فيه أعراض اضطراب (ADHD) هو 3.5 سنة وهذا ما يميزه عن غالبية اضطرابات الطفولة،وسوف نناقش التشخيص الفارق بين اضطراب نقـص الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) وبعض الاضطرابات الأخرى التي تشابهه في الأعراض.

أ. اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder

(ADHD) مقابل اضطراب الهوس Mania ويعرف الهوس بأنه " سـلوك عنيـف لا يمكـن التحكم فيه و يتميز بنشاط حركي زائد وبالاستثارة والاندفاعية ويقصد به أيضاً الطور المفـرط النشاط من طوري ذهان الهوس والاكتئاب ويتميز الهوس بالخصائص التالية:

1- اضطراب الانفعال: يكون المريض في حالة من المزاج المرح ويبدو عليه السرور، ويثيـر من حوله بأن يبقوا إلى جواره لما يشعه عليهم من سرور وانشراح.

2- اضطراب التفكير: تتعطل العمليات الفكرية بسبب هروب وطيران الأفكـار، حيـث يـتكلم المريض بانطلاق ولكنه ينتقل انتقالاً سريعاً من فكرة إلى أخرى بسرعة وبدون داع فيما يمكننـا أن نطلق عليه (سلطة الأفكار) ويكون المريض تحت رحمة أي مؤثر داخلي أو خارجي.

3- اضطراب النشاط الحركي: يكون المريض مليئاً بالحيوية موفور النشاط لا يكاد ينتهـي مـن عمل حتى يبدأ عمل آخر حتى دون أن ينجز العمل الأول وقد يصل به النشاط الحركـي إلـى درجة العدوان والتحطيم،وهناك أعراض ثانوية تكمل الصورة مثل القلق وعدم الاستقرار والشك واضطراب الوعي في بعض الأحيان. كما تظهر الهلاوس والضلالات في الحالات الشديدة.

(أبو نجيلة ، 1997: 82).

ومما سبق نلاحظ أنه في كلا الاضطرابين يعاني الطفل مجموعة من الصعوبات منهـا النشـاط الحركي المفرط، قدرة منخفضة على تحمل الإحباط، ضعف الأداء المدرسي ، نقص في الحاجة إلى النوم ، عدم الاستقرار ، الثرثرة ، أمراض نفسية في أفـراد العائلـة (إدمـان الكحـول ، اضطرابات التصرف ، معاداة المجتمع، التهرب من المسئولية ، ضعف في اتخاذ القرار)، ولكن يختلف الاضطرابين في بداية كلاً منهما فبداية اضطراب (ADHD) يعتقد أنها موجـودة مـع الطفل منذ بداية تكوينه (موروثة) وتكون فعلياً خلال سنوات ما قبل المدرسة في سن 3,5 سنة.

أما البداية المبكرة للهوس عند الأطفال فمن الشائع أنها من 5-11 سنة. واضطرابات المزاج تقريباً موجودة في الهوس بنسبة 50% تقريباً أما في اضطراب ADHD فربما تحدث ولكن تظهر تماماً خلال الطفولة المتأخرة وسن المراهقة،ونقص الحاجة إلى النوم دائم ومستمر ومشكلة مزمنة عند الأطفال ذوي اضطراب (ADHD) بينما في الهوس تحدث عرضياً.

أيضاً بعض الهلوسات مثل توهم الاضطهاد (70%) ، وهلوسات بصرية (70%) وهلوسات سمعية (50%) شائعة نسبياً في اضطراب الهوس ولكنها نادراً ما تحدث في اضطراب (ADHD)، وليست جزءاً من أعراضه.و الكلام بانطلاق وتطاير الأفكار أعراض شائعة عند الأطفال في اضطراب الهوس (69%). وربما من الصعب تمييز ذلك عن التداخل اللفظي المستمر والتشويش عند الأطفال ذوي اضطراب (ADHD)،وكذلك الثرثرة وتشتت الانتباه شائعة في كلا الاضطرابين ولكن تحدث بانتظام في اضطراب (ADHD) وتحدث في اضطراب الهوس بشكل عرضي.أيضاً أوهام العظمة لا تبدو على الأطفال ذوي اضطراب (ADHD) ولكن ربما تبدو على أكثر من 20% في حالات الهوس.وأخيراً أكثر من 50% من الأطفال ذوي اضطراب الهوس يكون في تاريخهم العائلي أفراد مكتئبين بينما لا توجد هذه العلاقة بالنسبة للأطفال ذوي اضطراب ADHD.وهكذا نلاحظ أن مسار اضطراب (ADHD) المزمن يضاد مسار الهوس العرضي. وكذلك الغياب النسبي للمزاج المتقلب ، والشكل الذهاني والتاريخ العائلي هو أهم ما يميز بين اضطراب (ADHD) عن الهوس. ولزيادة التفريق بين اضطراب الهوس واضطراب (ADHD) يمكن استخدام مقياس تقدير الهوس (MRS) فالأطفال ذوي اضطراب الهوس يحصلون على درجات عالية في معظم البنود أكثر من الأطفال ذوي اضطراب (ADHD).وكذلك لا يوجد تداخل فعلي بين مجموعتي الهوس واضطراب (ADHD) فمثلاً الأطفال ذوي اضطراب الهوس ينالون درجات من 14-39 على مقياس

(MRS) بينما الأطفال ذوي (ADHD) ينـالون 0-12 درجـة (Mark,D.,1998 :84)

ب. اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder

(ADHD) مقابل التخلف العقلي Ment Retardation و يعرف التخلف العقلي حسب الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي 1990 " بأنه آفات أساسية في جوانب معينة مـن الكفـاءة الشخصـية ويظهر ذلك من خلال الأداء دون المتوسط للقدرات المعرفية مصحوب بآفات فـي المهـارات التوافقية وقد تظهر هذه الآفات في المهارات التوافقية في واحد أو أكثر من المجالات الآتية : الاتصال، العناية بالذات ، المهارات الاجتماعية، الأداء الأكاديمي ، المهارات العملية ، قضـاء وقت الفراغ ، الإفادة من المجتمع، التوجه الذاتي ، العمل ، المعيشة ، الاستقلالية.

سابعاً تداخل اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مع الاضطرابات الأخرى:

تتداخل أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مـع أعـراض الاضـطرابات النفسية والسلوكية الأخرى، ويشـير مصـطلح التـداخل (Co morbidity) إلـى حـدوث اضطرابين منفصلين أو أكثر في نفـس الوقـت., Enns,M.W.et.al) (2001)وقـد اسـتعير مصطلح التداخل(Co morbidity) من الطب ومعناه الأصلي وجود مرضين على الأقل عنـد المريض، فمثلا الشخص الذي يعاني من مرض السكري ومرض الربو يقال انـه يعـاني مـن تداخل هذين المرضين ،وقد انتقل هذا المصطلح إلى مجال الصحة العقلية والأمراض النفسية فقد يظهر على الفرد أعراض أكثر من اضطراب نفسي أو سلوكي .(Dewey. et.al. 2003).

ومن الاضطرابات التي يتداخل معها اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد الصـعوبات فـي القراءة (Reading Disabilities)، والحدوث المشترك لاضطراب نقص الانتباه والنشـاط الزائد مع الصعوبات في القراءة ثبت من خلال عدة دراسات ومن هذه الدراسات دراسة ويلكت وبيننجتون (Willcut,W.G.&Pennington,B.F., 2000) فقد بنيـت هـذه الدراسـة أن

الأطفال ذوي الصعوبات في القراءة تكون درجاتهم مرتفعة على مقاييس اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بالمقارنة مع غيرهم من الذين ليس لديهم صعوبات في القراءة، وبينت أيضـاً أن العلاقة بين الصعوبات في القراءة واضطراب نقص الانتباه والنشاط تكون أكثر قـوة بالنسـبة لأعراض الانتباه منها بالنسبة لأعراض النشاط الزائد،وفي دراسة أخرى قـام بهـا بيننجتـون وزملاءه (1993) عن التداخل بين الصعوبات في القراءة واضطراب نقص الانتباه والنشـاط الزائد وجدت الدارسة انه لا توجد فروق دالة بين مجموعة نقـص الانتبـاه والنشـاط الزائـد وصعوبات القراءة(ADHD+RD) ومجموعة اضطراب نقص الانتبـاه والنشـاط الزائـد (ADHD) في المقاييس المستخدمة في الدراسة وهذا يدل على تداخل الصعوبات في القراءة مع اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد .(Pennington,B.F., et al ,1993: 515)، ويتـداخل اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مع اضطراب القلق فقد وجدت دراسة جيرالد وزملائه (Gerald,J.A.et.al.,1996)أن 34% من ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد تظهـر عليهم أعراض اضطراب القلق .ويتداخل اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مع اضـطراب السلوك (Conduct Disorder)وقد وجد كوهين وزملاءه أن 69.6% من الأطفـال الـذين شخصوا باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد حصلوا على درجات دالة في اختبار اضطراب السلوك CD، وبينت دراسة جيرالد وزملاءه (1996) ان 12% من الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد حصلوا على درجات دالة في اختبار اضطراب السلوك CD .وعن التداخل بين الأنواع الفرعية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مع اضطراب السلوك CD وجدت دراسة نولان وزملاءه (Nolan,E.E.et.al.,1999) أن النوع المركب (نقص الانتباه + النشاط الزائد / والاندفاعية) يتداخل مع اضطراب السلوك أكثر من النـوع (سـيادة الانتبـاه) وكانت نسبة كا2 دالة لصالح النوع المركب ووجدت دراسات أخرى تداخلا بـين اضـطراب

نقص الانتباه والنشاط الزائد واضطراب المعارضة والعصـيان Oppositional Defiant Disorder) ODD) حيث تصل نسـبة التـداخل 3% وفقـا لدراسـة جيرالـد وزمـلاءه (1996).وكذلك يتداخل اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مع الاضـطرابات المزاجيـة (Mood Disorder) فوفقا لجيرالد وزملاءه (1996) أن 30% من الأطفال ذوي اضـطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يعانون من اضطرابات مزاجية .وقد وجـدت دراسـة عجـلان و طنطاوي (1995) أن نسبة المزاج الإيجابي عند الأطفال ذوي اضـطراب نقـص الانتبـاه والنشاط الزائد تصل إلى صفر % (عجلان وطنطاوى ،1965 :129)

ويتداخل اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مع الاكتئاب (Depression) وتقـدير الـذات (Self Esteem) فقد بينت دراسة ستيفن وزميله (Stephen,P.H,. &Jennifr ,J.T.2001) انه توجد فروق دالة بين الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والأطفال العاديين في اختبار الاكتئاب لصالح ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وأظهـرت المجموعـة الضابطة (العاديين) ارتفاعا دالا في تقدير الذات اكثر من مجموعتي اضطراب نقـص الانتبـاه والنشاط الزائد (العدوانية وغير العدوانية) ووجدت أن هناك نقصاً قوياً جدا في تقدير الذات عند الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد العدوانيين سواء في تقدير الذات السـلوكي أو الأكاديمي .وقد وجدت دراسة بروك وآخـرون (Brooks,A. et. al. ,1995) أن نسـبة تداخل اضطراب (ADHD) مع بعض الاضطراب السلوكية هي كما يلي:

في حالة اضطراب المعارضة والعصيان ODD وصلت إلـى 50% وفـى حالـة اضـطراب التصرف CD وصلت إلى 20% وفى حالة اضطراب القلق / الاكتئاب وصلت 25% وفى حالة الصعوبات التعليمية وصلت إلى 61.8% .(هويشل،:

وهكذا تبين لنا من خلال الدراسات التي تناولت الاضـطرابات السـلوكية أن هنـاك بعـض الاضطرابات السلوكية التي قد تتشابه في أعراضها مع أعـراض اضـطراب نقـص الانتبـاه والنشاط الزائد مثل اضطراب الهوس فالمصاب به قد تظهر علية أعـراض نقـص الانتبـاه أو النشاط الحركي المفرط إلا أنة يمكن التفريق بين الاضطرابين ببعض المقاييس الخاصة.

وقد يلتبس الأمر على البعض فيخلط بين التخلف العقلي واضطراب (ADHD) لما يظهر على الطفل المصاب بالتخلف العقلي من مظاهر عدم الانتباه والاندفاعية إلا أنة بالنظر الدقيق يمكـن التفريق بين التخلف العقلي واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وقد استثنت معظم الدراسات التي تناولت اضطراب نقص الانتباه والنشاط الأطفال المصابين بالتخلف العقلي من عيناتهـا.إلا أن هناك بعض الاضطرابات السلوكية التي قد تتداخل مع اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وتترافق معه ، ومن هذه الاضطرابات اضطراب القلق واضـطراب المعارضـة والعصـيان واضطراب التصرف(السلوك) والصعوبات التعليمية واضطراب القراءة وكل هذه الاضطرابات تتـداخل مـع اضـطراب نقـص الانتبـاه بنسـب متفاوتـة .وقـد عـزت دراسـة جـون وآخرون (John,C.D., et.al , 1995 :332) التداخل بين اضطراب القراء واضطراب نقـص الانتباه والنشاط الزائد إلى التأثير الجيني المشترك .إلا أن هناك دراسات حاولت أيجاد نمـوذج من التشخيص الفارق بين اضطرا بات القراءة (RD) والضعف في القراءة الناتج من المشاكل الانتباهية عند الأطفال ذوى اضطراب (ADHD) مثل دراسة آرون وآخرون Aron,P.G., et. al. ,2002) وقد وجدت هذه الدراسة فروق داله بين الأطفال ذوى اضطراب القـراءة (RD) والأطفال ذوى اضطراب (ADHD) في اختيار الأداء المستمر .

ويعزو الباحث الحالي تداخل اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائـد مـع عـدد كبيـر مـن الاضطرابات السلوكية إلى امتداد أعراض هذه الاضطراب على عدد كبير من الأنماط السلوكية للطفل والتي قد تتشابه في جزء منها مع الأنماط السلوكية للاضطرابات الأخرى.

ويرى الباحث الحالي انه من خلال أدوات قياس صارمة ودقيقة فإننا نـتمكن مـن التشـخيص الفارق بين أعراض هذه الاضطرابات السلوكية

ثامناً خصائص الأطفال ذوى اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد:

تعددت سمات ومظاهر اضطراب نقص الانتباه والنشـاط الزائـد إلا أن كثيـرا مـن الدراسات ركزت على ثلاثة أبعاد رئيسية لهذا الاضطراب وهى نقص الانتباه والنشـاط الزائـد والاندفاعية ، أما السمات والمظاهر الأخرى فهي مظاهر ثانوية ناتجة عن المظاهر الرئيسـية، وقد توصل كوفمان (1977) في (الشخص 102:1984) من خلال مراجعته لما كتـب حـول الاضطراب في 30 عاماً إلى استخلاص ثلاث خصائص رئيسة أساسية تمثل تجمعات لمظـاهر السلوك التي يتكرر ظهورها بين من يعانون من الاضطراب وهى النشاط الحركـي المرتفـع و نقص الانتباه و الاندفاعية ، وقد تناول الدليل التشخيصي و الإحصائي في طبعاتـه المختلفـة اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من خلال أبعادة الرئيسة الثلاث،وهناك دراسات أخـرى مثل دراسة اشرف صبرة (1994) قسمت سمات ومظاهر الاضطراب إلـى سـمات رئيسـة وسمات ثانوية، وسوف يتناول الباحث الحالي هذه السمات والمظاهر فيما يلي ببعض التفصيل:

أ- سمات الطفل الذي يعانى من نقص الانتباه:

يعانى الطفل ذي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من بعض المشاكل الانتباهيـة مثل تشتت الانتباه، وقصر مدى الانتباه وعدم الاحتفاظ بالانتباه.

وقد غطى الدليل التشخيصي الإحصائي الطبعة الرابعة الصادر عن جمعية الطـب الأمريكيـة أوجه كثيرة من خصائص الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتبـاه والنشـاط الزائـد الخاصة بنقص الانتباه منها أنة يفشل في إعطاء انتباه كامل إلى تفاصيل الموقف،يعمل أخطـاء طائشة في العمل المدرسي ،لدية صعوبة في الاحتفاظ بالانتباه أثناء أداء المهمـات أو أنشـطة اللعب . غالباً يبدو أنة لا ينصت عند الحديث إلية، لا يتبع التعليمات يفشل في إنهـاء الأعمـال المدرسية، لدية صعوبات في تنظيم الأنشطة والمهام. يتجنب المهام التي تتطلب جهد عقلي مثـل الأعمال المدرسية والأعمال المنزلية. يفقد أشياء ضرورية يحتاجها فـي المهمـات المدرسـية (أقلامه وكتبة وأدواته المدرسية) سهولة تشـتته بـالمثيرات الغريبـة ،كثيـر النسـيان.

(American Psychiatric Association ,1996 :63)ويرى اشـرف صـبره (1994) أن نقص الانتباه يعتبر بعداً أو سمة من سمات اضطراب النشاط الزائد ويري أن هذا البعد يتمثل في المظاهر السلوكية الآتية:يعاني من صعوبة في التركيز، لا يستطيع كتابة مـا يملـى عليـة، لا ينصت لما يقال إلية، يفقد وينسى الأشياء المهمة، يترك بعض الكلمات أو الحروف عند القـراءة أو الكتابة، يعاني من ضعف في أداء الأعمال المدرسية (صبره،1994: 112).

كما أن هذا الطفل لا يستطيع تركيز انتباهه أكثر من بضعة ثوان متتالية وبالتالي ينتقل بسـرعة شديدة بين المنبهات المختلفة، كما أن تشتت انتباهه يجعله لا يركز على مثير معين ويتجاهل ما حوله في البيئة المحيطة.ويعاني الطفل ذي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مـن نقـص الانتباه السمعي فيبدو أن لدية عدم قدرة على الإنصات ويبدو أنة لا يسمع ونتيجة لذلك نجـده لا يستطيع فهم المعلومات التي يسمعها، كما أن تشتت انتباه الطفل المضطرب بين المنبهات الدخيلة العارضة بعيداً عن المنبه الرئيسي وعدم قدرته على التفكير وهـذا يجعلـه لا يسـتطيع إنهـاء الأعمال التي يقوم بها (السيد وبدر ، 1999 :49 -51).

وقد بينت دراسة السمادونى (1990) أن الأطفال ذوى اضطراب النشـاط الزائـد يتميـزون بوجود نقص في المهام الانتباهية السمعية والبصرية وأن أداء هؤلاء الأطفال ذوى الاضـطراب يكون منخفضاً عن العاديين في تلك المهام وأن هذا العجز في الانتباه عند هؤلاء الأطفال يرجع إلى تركيز انتباههم للمثيرات التي ليست لها علاقة بالمهام. (السمادوني ،1990 : 951).

وقد بينت دراسات أخرى وجود ضعف فى المهام الانتباهية عند قياسها باختبار الأداء المستمر، ويعكس الأداء على هذا الاختبار مدى الاحتفاظ بالانتباه والانتباه الانتقائي عند الأطفال من خلال الزيادة في أخطاء الإغفال (الإجابات المتروكة). ومن هذه الدراسـات دراسـة بـن ارتشـى وآخرون (Ben-Artsy, et. al.,1996) ودراسة جيفري وآخرون (Jaffrey et al, 1996) وكذلك وجدت دراسة كيم هوك وآخرون (Kim Hooks et al,1994) وجود ضعف دال عند الأطفال ذوى اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) فى مهام الانتباه الانتقائي مقاس باختبار الفرز (التصنيف).

ب- سمات الطفل الذى يعانى من النشاط الزائد :

يعتبر النشاط الحركي الزائد أحد الأعراض الأساسـية للأطفـال الـذين يعـانون مـن اضطراب نقص الانتباه والمشاط الزائد، وقد بين الدليل التشخيصي الإحصائي– الطبعة الرابعـة أوصافاً للطفل الذي يتصف بالحركة المفرطة منها أنة يتململ ويتلوى في مقعدة، ويغادر مقعـدة في الفصل أو في الأماكن التي يتوقع منة أن يبقى جالساً فيها،يجرى ويقفز بشكل مفـرط ،يجـد صعوبة في اللعب أو الانجذاب إلى الأنشطة في أوقات الفراغ بهدوء ، يتصـرف كأنـة يقـاد بمحرك ،يتحدث بشكل مفرط. (American Psychiatric Association ,1996: 63) وقـد أشارت الدراسة التى قام بها اشرف صبره (1994) إلى أن بعد الحركة المفرطة هو أحد أبعـاد الاضطراب وقد بينت نتائج التحليل العاملي الذي قام به وجود هذا البعد وأن الطفل ذي النشـاط

الحركي الزائد يتصف بصفات مثل عدم الاستقرار في مكان واحد لمدة طويلة وهو دائم الحركة كما أنة يمارس الأنشطة عن طريق القوه والعنف وأيضاً يحاول إزعاج الآخرين عـن طريـق الضوضاء ولا يستطيع الجلوس على المقعد ساكناً فهو دائماً يخرج عن الكرسي ويتململ و مـن الواضح أنه يجرى ويقفز إلى أعلى وإلى أسفل (صبره، 1994 :125) .

وقد أشار بول.هـ (2000) إلى أن الطفل ذي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يتصـف بصفات منها أنة لا يستمر طويلاً في أي نشاط، يسحب جميع اللعب من الرف ويلعب بها جميعاً في نفس الوقت ثم يرمى بها جانباً، يتململ كثيراً ولا يستطيع أن يجلس هادئاً أمام التلفاز وفـي السيارة يدفع بقية المسافرين بهمجية وشراسة ويركل المقاعد الجانبية وفـي المدرسـة يتصـف الطفل بالتململ على المقعد، وغير قادر على الجلوس بهدوء وينهض ويمشي في الفصل ويـتكلم ويقاطع كثيراً ،ويهرج ويزاحم ويضايق ويؤذى ويغضب زملاءه الطلاب ،أحيانا يكون ثرثـاراً بمبالغة . (Paul,H.W. , 2000:13)

ج- الاندفاعية:

هي سلوك يتمثل في سرعة الاستجابة لمثيرات الموقف مع ارتكاب عـدد كبيـر مـن الأخطاء، والاندفاعية هي أحد الأبعاد الرئيسية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ويظهـر ذلك من خلال الدراسات العديدة التى تناولت خصائص الأطفال ذوى اضطراب نقـص الانتبـاه والنشاط الزائد ، فقد اعتبر عبد العزيز الشخص (1984) الاندفاعية (عدم القدرة علـى ضـبط النفس) أحد الأبعاد الأساسية في مقياسه عن الاضطراب وتمثل هذا البعد عنده فـي الصـفات التالية: يندفع إلى السلوك دون حساب لما يترتب علية من نتائج، إذا أعطى سؤالاً ينـدفع إلـى الإجابة دون تفكير، إجابته تكون خاطئة، غير مطيع (الشخص،1984 :121).

كما اعتبره اشرف صبره (1994) أحد أبعاد الاضطراب وأن هذا البعد يتمثل فـي أن الطفـل المندفع يجد صعوبة في انتظار دورة في الألعاب الرياضية ويجيب عن الأسئلة بدون استئذان أو في غير دورة، ويرى أن هناك مجموعة من المحددات تعتبر مؤشراً على الاندفاعية هي نقـص المثابرة، نقص الانتباه ، نقص التنظيم ،التسرع في اتخاذ القرار. (صبره ، 1994 :129).

وبينت دراسات أخرى أن الأطفال ذوى اضطراب (ADHD) يعانون من عدم القدرة على كف الاستجابة (Inhibition) من خلال الأداء في المهام التي تقيس كف الاستجابة مثل اختبار الأداء المستمر فقد لوحظ كثرة الإجابات الخاطئة عند الأطفال ذوى اضـطراب (ADHD) مقارنـة بالعاديين مثل دراسة جوردن وآخرون (Gordon,L. et al, 1995) ودراسة جـون ويسـت وآخرون (John, West. et. al ,2002) وقد عزت هذه الدراسات ذلـك إلـى عجـز فـي الوظائف التنفيذية مثل التحكم والضبط .

د- العجز المعرفى :

يعاني الأطفال ذوى اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من العجز المعرفى نتيجـة لتشتت انتباههم واندفاعيتهم وعدم تركيزهم وهذا ينعكس على تفكيـرهم وأسـلوبهم فـي حـل المشكلات ويؤدي إلى ضعف التحصيل الدراسي لديهم.وقد أشارت دراسات عديدة الى أن هؤلاء الأطفال يعانون من عجز فى الوظائف التنفيذي والذاكرة العاملة وصعوبات فى القراءة وضعف الـ ـذاكرة السـ ـيمانتية ، ومـ ـن هـ ـذه الدراسـ ـات دراسـ ـة ويلكـ ـت وبيننجتـ ـون (Willcutt,E.G.&Pennington,B.F. et.al,2000) قد بينت هذه الدراسة أن الأطفال ذوى اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد قد اظهروا عجزاً دالاً فـي مهـارات القـراءة مثـل : (النطق ، الفهم القرائى). كما استنتج (الحامد، 2002: 109) وجود تأثير سـلبي لاضـطراب

نقص الانتباه والنشاط الزائد على التحصيل الدراسي العلمي لهؤلاء الأطفال المصابين وبالتـالي يؤدي إلى انخفاض مستوى أدائهم المدرسي. وبينت دراسة عفاف عجلان وأحمـد طنطـاوى (1995) أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في كلاً من اللغـة العربيـة والحسـاب وكـذلك التحصيل الكلي بين ذوى اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والعاديين وأن هذا يعكس دور الاضطراب في التحصيل الدراسي. (عجلان و طنطاوى ،1995 : 130).

وقد بينت دراسة تشارلى .س وآخرون (Cheryle, C. et al, 2000) أن هناك عجزا دالاً فـي الوظائف التنفيذية عند الأطفال ذوى اضطراب (ADHD) وأن هذه الوظائف التنفيذية تتضمن عمليات مثل التحكم (الضبط) والتخطيط وإنتاج الاستراتجيات والمرونة والمراقبة الذاتية والكف وهى عمليات معرفية ذات رتبة عالية .ووجـدت دراسـة شـيلا .هـ ـ وآخـرون (2003 Sheilah, H. et. al.,) وجود عجز في الفهم الاسـتماعي عنـد الأطفـال ذوى اضـطراب (ADHD) وأنهم يتميزون بضعف الذاكرة العاملة اللفظية والمكانية ورأت أن هذا يـؤثر علـى التحصيل الدراسي عند الأطفال ذوى اضطراب (ADHD) وأشارت دراسة تيمو .أ وآخـرون (1995 ,Timo,A.et.al.) إلى وجود مشـاكل أكاديميـة عنـد الأطفـال ذوى اضـطراب (ADHD) وخاصة في القراءة والكتابة والحساب . وقد بينت دراسات أخرى أن الأطفال ذوي اضطراب (ADHD) يعانون من ضعف عام في القراءة ويتمثل ذلك في عـدم القـدرة علـى الترميز (إدراك الكلمات) مثل دراسة آرون وزملائه (Aaron,P. et. al. , 2002) ودراسة أوليفاوقروفر(Olivia.N.V & Grover.J.w.,1997) ،كما أن هولاء الأطفال يعانون من عدم القدرة على كتابة خط مقروء ومتناسق مما يؤثر على تحصيلهم الدراسي ويؤدى بهم إلى الفشـل الدراسي كما أشارات دراسة كلاوس و اوليفر (Klaus,W.L., & Oliver.T., 2001) .

هـ - ضعف تقدير الذات:

يعاني الطفل ذي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من الضعف في تقـدير الـذات والثقة بالنفس وينتج هذا الضعف في تقدير الذات من الإحباط والفشل الذي يتعرض له هذا الطفل في حياته المدرسية وفي البيت، فشعوره بأنة غير محبـوب مـن والديـة ومعلميـه وزمـلاءه والانتقادات الشديدة التي يتعرض لها ومعاملة أقرانه له في المدرسة حيث يستثنى من اللعب وقد يتعرض إلى اللوم الشديد من المعلم باستمرار ويحثه على الاجتهاد ويشعره دائماً بنقصه وكـذلك يجد أن أهلة دائماً يبدون خيبة أملهم فيه وغضبهم منه ويعبرون باستمرار عن انزعاجهم منـه. وكذلك تفضيل أهله لإخوته ومقارنته بهم يشعره بأن أهله يكرهونه وعندما يرى الطفل أن كـل من حوله ينظر إلية على أنه غبي وكسول وغير محبوب وأنه فاشل في جميع المجالات فإن هذا يؤدى به إلى ذات متهدمة ضعيفة وضعف شديد في الثقة بالنفس وشعور بالإحباط كل يؤدى إلى تدنى تقدير الطفل لذاته، فتقدير الطفل لذاته ينبع من نظرة النـاس إليـة واسـتجابتهم إزائـه. (Paul,H .W., 2000 :55) وقد بينت دراسات عديدة أن الطفل ذي اضطراب نقص الانتبـاه والنشاط الزائد يعاني من ضعف في تقدير الذات ، ومنها دراسة جيسك و وهيدا (Jessic,G. & Waheeda,T., 2002) فقد بينت هذه الدراسة أن الطفل ذي اضطرابِ (ADHD) يعاني من فهم منخفض للذات ونقص في الشعور بالفعالية الذاتية وأنة ذو عزو سببي سالب وقـد وجـدت فروق داله بين هؤلاء الأطفال والأطفال العاديين في مفهوم الذات ،والشعور بالفعالية الذاتية .

و- ضعف العلاقة مع الآخرين:

يعانى الأطفال ذوى اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مـن سـلبية فـى العلاقـة الاجتماعية سواء مع أقرانهم أو إخوانهم أو آباءهم أو معلميهم ، فالسلوك الغير سوي الذي يقوم به هؤلاء الأطفال يؤدي إلى ضعف علاقتهم بالآخرين بسـبب انـدفاعهم وحـركتهم الزائـدة

وعدوانيتهم ،وقد اعتبر (صبره، 1994: 128) أن ضعف العلاقة مع الآخرين هو من السمات الثانوية للأطفال ذوى اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، وبين التحليل العاملي الذي أجراه في دراسته أن هذا العامل تشبع بمفردات مثل متحيز في أحكامه، يطرد مـن الفصـل بسـبب الشقاوة، متطفل يتدخل فيما لا يعنيه، عندما يغضب لا يستطيع ضبط نفسه ويتفوه بألفـاظ نابيـة وهذه الصفات تجعل علاقة الطفل سلبية بالآخرين، وكذلك لا يهـتم هـؤلاء الأطفـال بشـعور الآخرين وأنهم يعانون من نقص في الشعور بالنتائج القريبـة والبعيـدة لسـلوكهم وإن هـؤلاء الأشخاص يسببون الذعر للأشخاص الذين يعيشون معهم أو يتعاملون معهم أو الـذين يقومـون برعايتهم أو معلميهم وهذا السلوكيات التي تميز هؤلاء الأطفال تؤدي إلى علاقـة سـالبة مـع الآخرين وهذه العلاقة السالبة تؤدى إلى التباعد والنبذ من جانب المحيطين بهؤلاء الأطفال.

ويرى (الحامد ،2000 :16) أنه بسبب اندفاعية الطفل المضـطرب وتدخلـه يسـبب لـه الخصومات مع أقرانه كما أن معارضته وعناده تفقده صفه الاجتماعية والاستمرار في الصداقة لذلك نراه سلبي فـي كسـب صـداقة الآخرين،وكمـا يـرى بـاول (2000) , Paul,H.W. (48: 2000) فأنه بسبب تسلط الطفل ذي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وسلوكه الذي يضايق الآخرين وطريقته في اللعب حيث أنة يرغب في اللعب حسب هواه وتصـرفاته ربمـا تجعله مكروهاً من الآخرين ، كما أن عدم حساسيته لشعور الآخرين ربما تدفعه إلـى ارتكـاب حماقات تجاه الآخرين ، كل هذا يسبب ضعف علاقته بالآخرين كما أن المزاج السلبي المتقلـب الذي يعاني منه الطفل يؤدي إلى صعوبات في علاقة الطفل مع إخوته ورفاقه ، كما أن التـوبيخ الذي يناله من والدية والتشجيع الذي يناله أخوته يـؤدي إلـى حسـده وغيرتـه منهم،كمـا إن السلوكيات التي يبديها هؤلاء الأطفال تؤدى إلى ضجر الآخرين منهم وبعـدهم عـنهم فهـؤلاء الأطفال لا يتمسكون بالتقاليد والنظم المعمول بها ولذلك فهم لا يهتمـون بالسـلوك الاجتمـاعي

المقبول الذي يرتئيه الآخرون، فمثلاً عندما يشترك الطفل ذى الاضطراب مع زملاءه في اللعب لا يستطيع انتظار دورة بل يخطف اللعبة منهم ويتدخل في أنشطتهم على غير رغبة منهم مما يؤدى إلى ضجرهم منة. ونتيجة لذلك فإن هذا الطفل تضطرب علاقته الاجتماعية بأقرانه المحيطين به ويشعر منهم بالنبذ وعدم القبول كعضو في جماعتهم ولذلك فإنه لا يستطيع الاندماج معهم في علاقات اجتماعية حميمة يسودها الحب والتسامح(السيد وبدر ،1999 :53)

وذكر اشرف صبرة (1994) سمات ومظاهر أخرى للاضطراب منها صعوبات التعلم والسلوك العدواني وعدم الطاعة و ضعف تحمل الإحباط والسلوك الفوضوي وعدم الاتزان الانفعالي والنوم غير الطبيعي وشرود الذهن والسلوك ضد الاجتماعي (كالسرقة والكذب) واضطرا بات عاطفية .

يري الباحث من العرض السابق لسمات ومظاهر اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أن هذه المظاهر (السمات) عديدة ومتنوعة، إلا أن معظم الدراسات اتفقت على ثلاثة أبعاد رئيسية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد هي (نقص الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية) حيث تناول (الشخص، 1984: 105) الاضطراب من خلال أبعادة الثلاث وهى نقص الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية وكذلك حدد اشرف صبرة (1994) سمات رئيسية وهى الثلاثة السابقة وسمات فرعية أخرى ، أما الدليل التشخيصي والإحصائي فقد ركزت طبعاته المختلفة على الأبعاد الرئيسية الثلاث فقط.

كما يرى الباحث الحالي أن الدراسات التي تناولت مظاهر اضطراب (ADHD) مثل ضعف العلاقة بالآخرين والعجز المعرفي وضعف تقدير الذات قد اعتبرتها مظاهر ثانوية للاضطراب وأنها تأتى نتيجة للأعراض الجوهرية الرئيسية الثلاثة وان السمات الفرعية تأتى كأعراض ثانوية لهذا الاضطراب.

كما يود الباحث الحالي أن ينوه إلى انه ليس من الضروري أن تجتمع هذه السـمات والمظـاهر الأساسية منها والثانوية في طفل واحد لكي نطلق عليه أنه طفل ذو اضـطراب نقـص الانتبـاه والنشاط الزائد، فقد يطغى ظهور بعض هذه الأعراض على البعض الأخر فيسود عدم الانتبـاه على الأعراض الأخرى كالنشاط الزائد أو الاندفاعية برغم وجود هـذه الأعـراض بـدرجات متفاوتة، ولكن من الأفضل أن يتم الحكم على الطفل انه ذو اضطراب نقص الانتبـاه والنشـاط الزائد على أساس أكبر عدد ممكن من هذه السمات والمظاهر المميزة للاضطراب ويأمل الباحث من خلال درا سة الحالية إلقاء الضوء على بعض الخصائص المعرفية التي يتميز بها هـؤلاء الأطفال ذوى اضطراب (ADHD).

تاسعاً علاج اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد:

إذا كانت أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد تشمل جميع نواحي السـلوك سواء كان سلوكا اجتماعيا أو تعليميا أو انفعاليا مما يؤثر على حياة الطفل الحالية والمسـتقبلية، لذلك فإنه يصبح لزاما علينا البحث عن طرق علاجية للتخفيف من حدة أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أو إزالتها، وفي الوقت الحاضر توجد عدة طرق علاجية لهذا الاضطراب نذكر منها العلاج الطبي ،والعلاج السلوكي والعلاج النفسي والعلاج الأسرى (تـدريب الآبـاء) والعلاج التربوي والعلاج بالحمية الغذائية والعلاج المعرفي والعلاج بأسلوب الضبط الذاتي.

وسوف نقدم عرضنا لكل منها فيما يلي:

أولا العلاج الطبي:

عرفنا أن اختلال التوازن الكيميائي فى المخ يؤدى إلى الإصابة باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، حيث أن نقص مادة الدوبامين يؤدى إلى اختلال في وظائف المخ،ويعمل العلاج الطبي على إعادة التوازن الكيميائي بالعمل على زيادة كمية الدوبامين في المخ مما يحسن مـن

عملية النقل العصبي بين الخلايا العصبية،وفي العـلاج الطبـي تسـتخدم العقـارات المنبهـة (Stimulants Drugs)وقد بينت دراسات متعددة أن استخدام الأدوية المنبهة فـي ازديـاد وان اكثر من 1.29% مليون طفل في الولايات المتحدة يأخذون هذه المنبهات.

وتوجد ثلاثة أدوية منبهة شائعة الاستخدام هي:-

1- ميثيل فينديت (Methylphenidate) واسمه التجاري ريتالين (Ritalin).

2- دكسـ ــترو ا مفيتـ ــامين (Dexetro Amphetamine)واسـ ــمه التجـ ــاري ديكسدرين(Dexedrine).

3- البيمولين (Pemoline)واسمه التجاري (Cylert) ،ويعتبر ريتالين افضل هـذه الأدويـة وأكثرها استخداما وهو فعال في إنقاص النشاط الحركي،(Arlinn,G.&Alex,S., 2002)

وأشارت دراسات أخري إلى تحسن ملحوض في قدرات وأداء الأطفال ذوي اضـطراب نقـص الانتباه والنشاط الزائد بعد العلاج بالمنبهات، فقد وجد تأثير دال لعقار الميثيل فينديت فى كثيـر من الدراسات التى اطلع عليها الباحث الحالي ففي دراسة آن كلود.ب وآخروان (Ann 2003) Claud,B.et.al., وجد تأثير دال للميثيل فينديت فى زيادة الكف الإنتقائى عند الأطفـال ذوى اضطراب (ADHD) ، ووجد تأثير دال للميثيل فينديت فى تحسين الانتباه الانتقائي عند الأطفال ذوىاضطراب (ADHD) وفى تقليل عدد الاستجابات الخاطئة في دراسـة دارلـين وميرانـدا (Darlen,A.B.,&Miranda,P., 2001) ،ووجدت دراسـة جـان. ف وآخـرون (Jan,F. et.al ,2000) تأثير دال للميثيل فينديت على زيادة سرعة التسمية وتحسين القدرات السـيمانتية عند الأطفال ذوى اضطراب (ADHD) ،وكذلك وجدت دراسـة كـلاوس واوليفـر (2001 (Klaus,W.L.&Oliver,T., تأثير دال للميثيل فينديت في تحسين الأداء الكتابي عند الأطفـال ذوى (ADHD) الى ما يقارب أداء الأطفال العاديين وانه عند سحب العقـار مـنهم يضـعف

أدائهم الكتابي،وفي دراسة قام بها جوردون.ل وزمـلاءه (Gordon,L.et.al.,1995) لمعرفـة تأثير الزيادة في جرعة ميثيل فينديت على الأطفال ذوي الاضطراب وجدت الدراسة أن زيـادة جرعة ميثيل فينديت يعمل على إيقاف النشاط الحركي المستمر ويسرع فـي تنفيـذ العمليـات المعرفية والتنفيذ الفوري للأعمـال الاختياريـة ،وفـي دراسـة قـام جوناثـان.ج وزملائـه (Jonathan,G.et.al., 1991) عن أثر ميثيل فينديت علـى مجموعـة مـن الأطفـال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بينت الدراسة أن 50%من الأطفال استجابوا للعلاج وان العديد من السلوكيات الاجتماعية السلبية نقصت بواسطة العلاج وكذلك وجد تحسنا عند الطفـل في المواقف الصفية وأوقات اللعب ،ووجد بعض التحسن في الوظائف الأكاديمية مثـل (ضـبط مواعيد القراءة وانتظامها والأداء في الرياضيات والقراءة) ومن حيث علاقـة الطفـل بأقرانـه لوحظ نقص في السلوك السلبي وزيادة في التفاعل الايجابي ، ففي دراسة قام بها جولد بيرج .ج (Goldberg .J , 2002) بحث فيها تأثير كلا مـن الـدواءين الميثيـل فينـديت والكلونـدين (Clonidine)على الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وبين القياس البعـدي بواسطة مقاييس الاضطراب أن هناك فائدة كبيرة لكلاً من ميثيل فينديت والكلوندين منفـردين أو مختلطين في خفض حدة أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وكان تأثير خليط مـن الـدواءين أكثـر فاعليـة ،وفـي دراسـة قـام بهـا أرنـت.ب وزمـلاءه (Arnett,P.A.&Fischer,M.,1996) عن اثر جرعات مختلفة من ريتالين علـى اسـتجابة الأطفال للمكافأة والعقاب وجدت الدراسة أن زيادة جرعة ريتالين يعمل إخماد استجابة الأطفـال للبحث عن المكافئة ويجعله اكثر حساسية للعقاب، ووجدت فروق دالة إحصائيا عند المجموعتين (مجموعة الجرعة الكبيرة ،مجموعة الجرعة الصغيرة)في سلوك البحث عن المكافأة والحساسية للعقاب لصالح مجموعة الجرعة الكبيرة .

ثانياً العلاج السلوكي:

يقوم العلاج السلوكي على مبادئ ونظريات التعلم بصفة عامة والتعلم الإشراطي بصـفة خاصة حيث يعتقد أن الاضطرابات السلوكية هي استجابات شرطية متعلمة ويحتفظ الفرد بهـذه الاستجابات غير المتوافقة (المرضية) لأنها من ناحية معينة مصدر إثابة وهذا يجعل الاسـتجابة المرضية تستمر بصرف النظر- من جهة نظر الفرد- عن الآثار المؤلمة البعيدة المدى لمثل هذا السلوك المرضي ويعمل المعالجين على إزالة مصدر الإثابة الذي ينتج عن السلوك المضـطرب أثناء التعلم الذي يوفره العلاج السلوكي.(زهران , 1982: 336).

ويشير العلاج السلوكي إلى الاستراتيجيات التي تستخدم المكافأة والعقاب فـي تقـويم وخفـض السلوك المستهدف، ولتقنيات هذا العلاج ميزات مختلفة منها أنها فعالة وتترك اثر دائـم نسـبيا وسهلة وسريعة التنفيذ وتتلاءم مع جميع المواقف والأوضاع . Elizabeth,A.B.et.al., 1993 وتوجد العديد من الطرق التي يمكن استخدامها في مجـال العـلاج السـلوكي للأطفـال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وهي شائعة الاستخدام ومنها التعزيز الإيجابي ، العقاب ، تكلفة الاستجابة ،الاقتصاد الرمزي ، عقد الاتفاقيات .فالتعزيز الايجابي يعنـى إثابـة السـلوك المطلوب مما يعززه (أي يدعمه ويثبته) ويعمل على تكراره، وعقد الاتفاقيات وهـى وثيقـة مكتوبة تحدد العلاقة بين إنهاء السلوك المحدد والحصول على المكافئة، والاقتصاد الرمزي يعنى إعطاء الطفل أشياء رمزية مثل قطع (بونات) مقابل كل استجابة صحيحة ثم يستبدلها بمعززات مختلفة يرغب بها ، وتكلفة الاستجابة هي خسارة كميه محدده من التعزيز بناء على أداء سـلوك غير مرغوب فيه أو غير ملائم (بمعنى إزالة التعزيز). وقد بينت أبحاث كثيـرة أن التعزيـز الإيجابي يستطيع أن يؤثر في مستوى النشاط فينقصه وفي زيادة وقت أداء المهمات وفي تحسين الأداء الأكاديمي عند الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد .

ويرى جاب وجوزيف (Jaap,O & Joseph,A.S.,1998) أن هناك دراسات بينت أن الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يركزون على المكافأة مما يجعلهم يقضـين بشـكل خاص عندما يواجهون بإمكانية زوال المكافئة وربما يساعد ذلـك فـي إنقـاص الاسـتجابات الاندفاعية ،وقد وجد دوقـلاس وبـاري (1983) فـي (Elizabeth,A.B.et.al., 1993) أن استخدام التعزيز بالمدح كمكافأة يحسن من زمن رد الفعل عند الأطفال ذوي النشاط الزائـد وان التعزيز المستمر يقلل من التغير في الاستجابات (الاسـتجابة المتسـارعة) وان الأطفـال ذوي النشاط الزائد يبدون حساسية غير عادية للمكافأة ،وتحت حالات التعزيـز يقلـل الأطفـال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من مستوى نشاطهم إلى مستوى مشابه للمسـتوى الـذي يمكن الحصول عليه عند استخدام الميثيل فينديت كعلاج طبي.

وقد وصف دوبال وستونر (1994) مجموعة خطوات لتنفيذ تقنية الاقتصاد الرمزي للأطفـال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد تتضمن.

1-تحديد السلوك المستهدف. 2-اختيار الرموز المناسبة .

3-تقييم نسبة التغير. 3-عمل قائمة بالمكافئات.

والعنصر الأخير مهم جدا وهو البحث عن الأشياء التي تعزز سلوك الطفل حيث انه عند تحديـد المعززات يجب مراقبة الطفل وملاحظة ما يستمتع الطفل بفعله عندما يكون حراً.

فمثلا قد يكون تجول الطفل في غرفة الفصل أو تنقله من مقعد إلى آخر معزز قوى للطفل يمكن أن يستخدمه المدرس عندما يقوم الطفل بسلوك مناسب.(Reid,R&Maag,J.et.al., 1998)وقد أثبتت دراسة قامت بها فاتشين.ك (Fachin,K., 1996) لعلاج طفل في أحد فصولها الدراسـية شخص من قبل الأخصائي النفسي في المدرسة بأنه ذي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائـد واستخدمت لعلاجه تقنية الاقتصاد الرمزي في الفصل وأوصت والديه باستخدام هذه التقنية معـه

في البيت وقد بينت نتائج القياس البعدي تحسناً في أعراض الاضطراب وكذلك أبدى الطالب تحسناً في الأداء الأكاديمي وزيادة في مستوى انتباهه وفي انضباطه .وفى دراسة فؤاد الموافي (1990) فى (يوسف وزكريا 2000 : 32) والتي هدفت إلى التحقق من مدى فعالية كلاً من أسلوب التعاقد التبادلي والتدريس الملطف في خفض النشاط الزائد لدى الأطفال في مرحلة الحضانة وللتعرف على مدى دلاله الفروق بين هذين الأسلوبين في خفض النشاط الزائد وللوقوف على أي الأسلوبين أكثر فعالية وقد انتهت الدراسة إلى فعالية كلا من الأسلوبين في خفض النشاط الزائد لدى أطفال ما قبل المدرسة وزيادة فعالية أسلوب التدريس الملطف مقارنة بأسلوب التعاقد التبادلي فى خفض النشاط الزائد لدى أطفال ما قبل الدراسة .

ثالثاً العلاج النفسي:

تعاني بعض العائلات من توتر وضغوط نفسية إما بسبب وجود طفل ذي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أو لأسباب أخرى مختلفة.وهذه الصعوبات العائلية قد تسبب مشكلات لأي طفل ولا سيما الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، وبالإضافة لذلك تلعب بعض الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية دوراً مهما في زيادة حدة أعراض الاضطراب فقد تعانى الأسرة من مشكلات اقتصادية مثل تدنى دخل الأسرة والفقر أو من مشكلات اجتماعية في العلاقة بين الطفل وباقي أفراد أسرته وعدم عدل والديه معه، كما أن شعور الطفل بعدم الآمان في حالات الحروب والاحتلال قد يزيد من حدة أعراض الاضطراب، وإذا لم يعي الأباء دورهم ومسؤوليتهم تجاه أطفالهم ولم يعدلوا في التعامل مع أبنائهم كأن ينتقدوا بعض أبنائهم بسبب مشكلاتهم الشخصية الخاصة ويعطفوا على الآخرين فإن ذلك سوف يسبب مشكلات نفسية لأطفالهم، وحتى يعي الآباء مسؤولياتهم تجاه أبناءهم ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لا بد لهم من معرفة طبيعة هذا الاضطراب وطرق علاجه وكيفية التعامل

مع أبنائهم فهم بحاجة إلى مساعده مهنية من الطبيـب النفسـي أو الأخصـائي الاجتمـاعي أو الأخصائي النفسي.ومن هنا يجب أن نفهم أن أي خطوة سوف تعمل على التقليل من الصعوبات والمشاكل النفسية في العائلة سوف يكون لها انعكاسها على الطفل ذي اضطراب نقص الانتبـاه والنشاط الزائد، إن الطفل ذي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يحتاج إلى دعم نفسي وإذا كان هذا الطفل يستجيب للعلاج بالأدوية المنبهة فهو لا يستجيب للضغوط النفسية بنفس المرونة التي يكون عليها أي طفل آخر.كما إن العلاج النفسي للطفل ذي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مفيد له إلى جانب طرق العلاج الأخرى، حيث يهدف العلاج النفسي إلى تمكين الطفل من إدراك وفهم مشاعره تجاه نفسه وتجاه الآخرين، وكيفية التعامل مع الآخرين بشكل مناسب مـن خلال المقابلة الشخصية مع المعالج النفسي.

رابعاً العلاج عن طريق برامج تدريب الآباء:

يمكث الآباء مع أبنائهم فترات طويلة من الوقت من خلالها يستطيع الآبـاء أن يلعبـوا دورا مهما في علاج أطفالهم ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وحتى يتسنى الآبـاء القيام بهذا الدور فلا بد لهم من معرفة تامة بخصائص هذا الاضطراب وبطرق علاجه، وتهدف برامج تدريب الأباء تمكينهم للقيام بهذا الدور، وفي هذا النوع من العلاج يعلم الأباء لأن يكونوا اكثر انتظاما في تعاملهم مع أطفالهم ويتعلموا أساليب خفض السلوك اللاتكيفي للطفل عن طريق أساليب تعديل السلوك ،ويرى آرثر وآخـرون (Arthur,D.A.,et.al.,1993) أنـه يمكـن استخدام برنامج تدريب الأباء بمفردة أو بمشاركة استراتيجيات علاجية أخـرى مثـل العـلاج بالمنبهات أو العلاج السلوكي وتكون الحاجة الى هذا النوع من العلاج اكثر عندما يفشل العـلاج الطبي .

وفي هذا النوع من العلاج يتعلم الأباء تغيير أساليبهم تجاه أطفالهم ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مما يعطي للأطفال فرصة لاكتسابهم التحكم الذاتي في سلوكهم الخـاص ، كمـا يعمل هذا التدريب على زيادة تقدير الذات عند الأباء وعلى خفض الضغط النفسى عندهم أثناء تعاملهم مع الطفل ذي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ،وقد استخدمت دراسـات عديـدة برامج تدريب الأباء في علاج الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، نذكر منهـا على سبيل المثال: دراسة آرثر وآخرون (Arthur,D.A.,et.al.,1993) والتى هـدف منهـا معرفة اثر برنامج علاجي تدريبي مكون من 9 جلسات من إعداد (باركلي ,1987) وتضـمن البرنامج إرشادات للأباء ، وقد بينت النتائج تحسن عند الأطفال ذوي اضطراب نقـص الانتبـاه والنشاط الزائد وكذلك تحسن فى وظيفة الأباء تجاه أطفالهم . وكذلك وجدت دراسـة ويـد. إف (Wade .F.H., 1990) انه باستخدام العلاج عن طريق تدريب الآباء وجدت درجة عالية مـن التحسن في نتائج الطلاب على الاختبارات البعدية،وفي دراسة سـو إيلـن. (Sue Ellen,O., 1996) عن أثر برنامج تربوي على أمهات بعض الأطفال الذكور ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وتضمن البرنامج زيادة معلومات الأم عن الاضطراب لمـدة خمسـة أسـابيع ، وبينت النتائج وجود فروق دالة لصالح الأمهات اللواتي تلقين البرنامج التربـوي وزيـادة فـي إحساس الأم بالمسؤولية .

خامساً العلاج التربوي:

يعاني الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد باستمرار من صعوبات تعليمية. وهذه الصعوبات التعليمية عند الأطفال المصابين بالاضطراب تنشأ بسبب تشتت الانتباه والإحباط والاندفاعية وعدم القدرة على التنظيم.كما قد تكون لدى بعض الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مشاكل تعليمية خاصة في القراءة والتهجئـة والرياضـيات وهـم

يوصفون بأنهم ذوي اضطرابات تعليمية، ورغم أن العلاج الطبي يعمـل علـى التقليـل مـن الصعوبات التعليمية عند هؤلاء الأطفال إلا أن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى مساعدات تربويـة إضافية.إن التعليم الفعال الذي يقوم به المدرس قد يسهل المهام التعليمية عند هؤلاء الأطفال وإن استخدام أساليب حديثة في التدريس في عـلاج بعـض الصـعوبات التعليميـة فـي التهجئـة والرياضيات قد يساعد الطفل في التخلص من مشاكله التعليمية، وقد يكـون اسـتخدام المـواد المسجلة صوتياً والاختبارات الشفهية علاجا لمشكلة القراءة عند هؤلاء الأطفال وكذلك اسـتخدام الآلات الحاسبة علاجاً لمشكلة الرياضيات حيث تعمل كعناصر تشويق للطفل. وقد تعزا بعـض المشكلات التعليمية عند الطفل إلى عدم قدرته على التناسق وخاصة في الأعمال اليدوية ، وفـي هذه الحالة يكون تدريب الطفل على التناسق مهما في علاج بعض الصعوبات التعليمية من خلال برامج تدريب على المهارات الحركية ومهارات التآزر الحركي البصري.وإذا كان الطفل يعاني من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مع اضطرابات تعليمية فانه قد يحتـاج إلـى تعلـيم خاص في فصول دراسية خاصة من قبل معلمين مؤهلين، كما انه يجـب الاهتمـام بـالحجرة الدراسية بحيث يكون موقعها بعيدا عن الضوضاء والمؤثرات الخارجية التـي تشـتت الانتبـاه السمعي لدى الطفل المصاب بهذا الاضطراب ، وأن تكون جيدة الإضاءة والتهوية وأثاثها مريح للطفل فإذا لم يكن الطفل مرتاحا في جلسته فان ذلك يؤدي إلى تململه وكثرة حركتـه البدنيـة. ويرى المختصين أنه يجب أن تخلو حجرة الدراسة من الأشياء التي تشتت الانتباه البصري لدى الطفل وعلى المعلم أن يعمل على تخفيف مستوى حدة أعراض الاضطراب من تشـتت وعـدم قدرة الطفل على إتباع التعليمات وما يعانيه من اندفاع وزيادة في النشاط الحركي وذلك باستخدام بعض الاستراتيجيات التربوية التي تعتمد على جذب انتباه الطفل والسيطرة على سـلوكه غيـر المرغوب في موقف تعليمي يتسم بالإثارة والتشويق (السيد وبدر، 1999: 89-90) .

ومن الأمور المهمة التي يجب أن لا يغفلها المعلم إدخال عناصر إثارة وتشويق فـي الموقـف التعليمي، فقد بينت بعض الدراسات أن إدخال بعض التغيرات إلى الموقف التعليمـي يحسـن الأداء عند الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد. و يفتـرض سـيدنى Sydney S.Zentall أنه يوجد لكل كائن حي احتياج لمستوى مفضل من الإثارة والتشويق وبنـاءاً علـى ذلك قام بعدة دراسات عن أثر إدخال عناصر تشويق وإثارة على الموقف التعليمي. وفي إحداها قام سيدنى وسوزان (Sydny,S.Z., & Susan, 1985 : 94) ببحث أثر استخدام المجسـمات في تحسين الأداء الحركي البصري عند الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشـاط الزائـد وفي خفض النشاط عندهم وبينت نتائج الدراسة أن استخدام المجسمات في الدرس يعمـل علـى إنقاص النشاط وتنظيم السلوك التشتتى للأطفال ذوي الاضطراب لأنه كما يرى فإن وجود هـذه (الهياكل) المجسمات يعمل على خفض الحاجة إلى التحفيز الذاتي (المثيرات الذاتية) المتمثلة في زيـادة النشـاط.وفـي دراسـة أخـرى قـام بهـا سـيدنى وثيريسـيا (Sydny,S.Z., &Theresa,K. ,1998) هدفت إلى معرفة اثر إضافة ألوان إلى الأسطر فـي تحسـين مهـارة النسخ عند الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ، أشارت نتائج الدراسة إلى أن مهارات النسخ تحتاج إلى الاحتفاظ بالانتباه ، وانه باستخدام ألوان إلى القطعة المراد النسخ منها فان ذلك يعمل على تحسين الانتباه حيث يوظف اللون كمثير مشوق قوي يضاف إلى المهمـات المكررة لكي يساعد الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه للمحافظة على انتباههم .

سادساً العلاج بالحمية الغذائية:

يرى بعض الأطباء أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ربما يكون بسبب رد فعل الجسم لبعض العناصر الغذائية، وان أحد الاحتمالات للإصابة بالاضطراب ربما يكون حساسية جسم الطفل لغذاء معين وهذه الحساسية قد تؤدي إلى مشكلات سلوكية.ويرى الطبيب بن فنجولد

(1975) (Dr. Ben Feingold) أن العديد من الأطفال يصـاب باضـطراب نقـص الانتبـاه والنشاط الزائد كرد فعل لتناول الأغذية التي تحتوي على الأصباغ الصـناعية ،والمـواد التـي تعطي نكهة للأغذية والمواد الحافظة التي توضع في الأطعمة لحفظها ،ومادة (سلسيلات) التـي تتواجد طبيعيا في بعض الفواكه والخضراوات.و يعمل نظام الحمية الغذائية على إزالة آثار هذه الكيماويات ويمكن أن نتبعها مع الطفل المصاب بالاضطراب تحت شعار طعام خالي من المواد المضافة وتغرى فكرة أن مضافات الغذاء تسبب الإصابة باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد الأفراد الذين يعتقدون أن هذه المضافات هي مخالفة للطبيعة وبالتالي قد تكون مؤذية وان العلاج بالحمية الصحية الخاصة قد يكون افضل من العلاج بالعقارات.وعندما يوضع الأطفال في هـذه الحمية الخاصة بدون أي محاولة لتمويه العلاج وعدم انتقاصه فان بعضهم يبدي تحسناً دالاً فـي السلوك، كما أن نظام الحمية الغذائية قد يساعد على تغيير اتجاهات العائلة عن مشكلات الطفـل وهذا يعني وقتاً أطول مع الطفل واهتماماً اكثر بمشاكله .(Paul,H., 2000 : 91)

سابعا: العلاج السلوكي المعرفي :

العلاج المعرفي من الطرق الحديثة في علاج الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسـية وهـو يقوم على أساس من علم النفس المعرفي الذي يهتم بالعمليـات المعرفيـة مثـل (الإحسـاس، الإدراك، الذاكرة، اللغة، التفكير).ويركز العلاج المعرفي على العمليات العقليـة حيـث تتحـدد الاستجابات الانفعالية والسلوكية الخاصة بشخص ما عن طريق كيفية إدراكه وتفسيره والمعنـى الذي يعطيه لهذا الحادث،وعلى سبيل المثال فإن الأفراد يعايشون مأساة نفسية (حزن نفسـي) عندما يدركون موقفا ما على أنه مهدد لمصالحهم الحيوية، وفي مثل هذه الحالات فإن إدراكاتهم وتفسيراتهم للأحداث تعتبر ذات انتقائية عالية ومتمركزة حول الذات ومتشددة ولهذا ينتج تصور وظيفي في النشاط المعرفي المعتاد وتكون هناك قدرة منخفضة على إغلاق أو وقـف التفكيـر

الخاص والتركيز والاسترجاع والتعليل كما لو أن الوظائف التصحيحية التـي تسـمح باختبـار الواقع وتصحيح التصورات العامة يعتريها الوهن (الشناوي ، 1996 : 411-412)

ويستخدم العلاج المعرفي التدخل المعرفي في إحداث تغيير في التفكير والشعور والسلوك ، إنـه يهتم بكلاً من البيئة الخارجية والعمليات الداخلية عند الفرد وفي العلاج المعرفي يكون المعـالج إما مرشداً أو مشخصاً أو معلماً.وكمرشد يعمل المعالج على تزويد الطفل بأفكار يعمـل الطفـل على تجريبها وتساعده هذه الأفكار أثناء خبراته وترتقي بمستواه في حل المشكلات، وكمشخص يقوم المعالج بجمع بيانات متنوعة ويدمجها لتحديد ما هو أفضل للطفل على أسـاس أوضـاعه الحالية، وكمعلم يشترك مع الطفل للتأثير عليه للتفكير في نفسه ويبني فيه قوة الشخصية ويكسبه مهارات معرفية ومهارات ضبط سلوكه.كما أن العلاج المعرفي يعمل على تغيير السلوك وتقييم النتائج على أساس هذا التغير ويدمج إجراءات التغير في الإدراك مـع التعامـل مـع السـلوك الطـارئ ويـتم تصـميم الخبـرة التعليميـة لتعمـل علـى عـلاج العجـز فـي العمليـات المعرفية. (Philip,C.K., & Susan,M.P., 1995) ، ومن الأساليب المعرفية المستخدمة التعلم بالنمذجة من خلال نماذج سلوكية تقدم للطفل في صورة تمثيلية، وقد بينت نتائج العديد من الدراسات تأثير التعلم بالنمذجة في خفض أعراض اضطراب (ADHD)،منها دراسة قامت بها (عبدالباقى، 1999: 69) للتعرف على مدى فعالية بعض فنيات تعديل السلوك في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المعاقين عقليا وهما فنيتا التعزيز والتعلم بالنموذج وقد انتهت الدراسة إلى وجود فروق دالة في درجات الأطفال قبل وبعد العلاج، كما أظهـرت نتـائج الدراسـة أن أسلوب الجمع بين فنيتي التعزيز والنمذجة له اثر دال يفوق الاعتماد على احد الأسلوبين فقط من حيث خفض مستوى النشاط لدى الأطفال كما لم توجد فروق بين الفنيتين.

وفى دراسة قام بها (أبو مصطفى والنجار، 2002: 119) أثر برنامج علاجي يعتمد على فنيتي

التعزيز والتعلم بالنموذج في خفض مستوى النشاط الزائد عند الأطفال المعوقين عقليا القـابلين للتعلم، وقد بينت نتائج الدراسة أنه توجد فروق دالة إحصائياً في درجات الأطفال قبل الانتظـام في البرنامج العلاجي وبعده في مقياس النشاط الزائد المستخدم.

ثامناً العلاج بأسلوب الضبط الذاتي :

كثير من السلوكيات لا يكون من السهل تعديلها من جانب أشخاص آخرين غير الشخص نفسه ، لذلك كانت الحاجة إلى تعليم الفرد أساليب الضبط الذاتي لنفسه وأسلوب الضبط الذاتي هو أسلوب لتعديل السلوك يباشره الشخص بنفسه ، ويعرف ويلسون وأوليـري (1980) أسـلوب ضبط النفس بأنه " عبارة عن أسلوب لتغيير السلوك ، يبدأه الفرد عادة بنفسه بغرض التأثير على سلوكه الشخصي" ، إذا كان بوسع الفرد أن يقوم ببعض الإجراءات لتعديل سلوكه دون الحاجـة للاعتماد على تعليمات(تلقين) أو معززات من خارجه فإن مثل هذه الإجراءات تعرف بأسـلوب ضبط الذات.(الشناوي ، 1996 : 425) .

وتمر عملية التنظيم الذاتي Self Regulation بثلاث مراحل متميزة هي :

1- مرحلة المراقبة الذاتية (Self Monitoring) أو الملاحظة الذاتية وهي مرحـة الانتبـاه الواعي والدقيق للسلوك الذاتي للشخص .

2- مرحلة التقويم الذاتي (Self Evaluation) وتتكون من مقارنة بين المعلومات المتحصـل عليها من المراقبة الذاتية ومعايير السلوك المحدد ، وهي عبارة عن استجابة تمييزية ومضـاهاة أو مقابلة ، تظهر الفرق بين ما يفعله الفرد وبين ما ينبغي عليه أن يعمله .

3- مرحلة التعزيز الذاتي (Self Reinforcement) وهي ترتبط بمدى التباعد بـين السـلوك الذي تم ومعايير الأداء ، ويتمثل التعزيز الذاتي في الرضا عن الـذات وينـتج عـن التعزيـز الإيجابي الذاتي الاستمرار في السلسلة المتقطعة للسلوك .وتشتمل جميع برامج الضـبط الـذاتي

على إعداد المعايير والمراقبة الذاتية والتقويم الذاتي والتعزيز الذاتي .(الشناوي ، 1996 : 428) وقد بحثت دراسات عديدة أثر المراقبة الذاتية في علاج الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد .ومن هذه الدراسات دراسة سيدنى. زينتال وآخرون (, .Sydney S.Z., et.al 1998) والتي هدفت إلى بحث أثر المراقبة الذاتية في تحسين أداء الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، وقد استخدمت مرآة كبيرة توضع أمام الطفل على طول الجدار ليراقب ذاته أثناء أداء الاختبار (حل فزورة) وقد استخدمت المرآة لتوجيه انتباه الطفل إلى نفسه، وقد ت نتائج الدراسة انه باستخدام المرآة للمراقبة الذاتية يزداد الضبط الذاتي ويتحسن أداء هؤلاء الأطفال وأن الأطفال المرتفعين في نشاطهم والقليلي الانتباه كان أدائهم جيدا في وجود المرآة وأعطوا نتائج أفضل مقارنة بزملائهم الذين لم توضع أمامهم مرآة.وقد عزى سيدنى. زينتال وزملاءه ذلك إلى أن الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يكون تركيزهم خارجيا على المثيرات المختلفة (الانتباه لأكثر من مثير) ويؤدي ذلك إلى نقص في التركيز الذاتي للانتباه ولذلك يحول ذلك دون عملية الضبط الذاتي ومع وجود مرآة أمام الطفل فإنه يستطيع الانتباه أكثر إلى سلوكه ويبدأ عملية الضبط الذاتي .وفي دراسة أخرى قامت بها سيرينا وآخرون (Serena,M.S.,et.al,1999) هدفت إلى معرفة تأثير المراقبة الذاتية في الأداء الأكاديمي في مهارات الفهم القرائي والرياضيات والتعبير الكتابي، واستخدمت نماذج المراقبة الذاتية ليراقب الطفل تقدمه في الأداء واستخدم الرسم البياني كذلك ، وأشارت النتائج إلى أن المراقبة الذاتية هي إجراء فعال لمساعدة الطالب في تحسين أدائه الأكاديمي وسلوكه الانتباهي .وفي دراسة قام بها ميتشيل ودينس (Michael,P.B.&Dennis,M., 1998) هدفت إلى معرفة أثر المراقبة الذاتية في زيادة وقت أداء المهمات وفي تحسين الأداء الأكاديمي في الرياضيات عند الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ، وذلك من خلال

برنامجين أحدهما يستخدم الكمبيوتر في المراقبة الذاتية ، وبرنامج آخر يسـتخدم مراقبـة الأداء الأكاديمي في الرياضيات، وقد بينت نتائج هذه الدراسة أن هناك زيادة في وقت أداء المهمـات (وقت الانشغال في المهمات) وزيادة في النسبة المئوية لصحة المشـكلات الرياضـية نتيجـة للمراقبة الذاتية وكذلك استنتجت الدراسة أن الإدارة الذاتية تزيد من الإنتاج الأكاديمي للطفل.

تاسعاً العلاج باللعب:

اللعب هو النشاط الذي يطغى على المرحلة السنية للطفل في طفولته المبكرة فيكون لـه تـأثير ملحوظ علية من الناحية النفسية ، ويعد العلاج باللعب احد الأساليب المهمة في تشخيص وعلاج مشكلات الأطفال المضطربين نفسيا حيث يعمل اللعب على التنفيس الانفعالي أو تنفيس الطاقـة الزائدة وتعليم السلوك المرغوب .وقد وجدت دراسة قامت بها منال عبد الحافظ (2002) فروق داله إحصائياً بين متوسطات درجات النشاط الزائد لدى أفراد المجموعة التجريبية قبـل وبعـد إجراء التجربة مما يدل على اثر العلاج باللعب في خفض النشاط الزائد عند الأطفال

عاشراً العلاج بممارسة النشاط الرياضي :

في دراسة قام بها يوسف وزكريا (2000) عن مدى فعالية برنامج للنشـاط الرياضـي باستخدام جمباز الموانع في علاج النشاط الزائد لدى أطفال المرحلة الابتدائية وجـدت الدراسـة فروقا داله إحصائيا بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية قبـل وبعـد تطبيـق البرنـامج الرياضي ، مما يدل على اثر برنامج النشاط الرياضي باستخدام جمباز الموانع في خفض النشاط الزائد عند أطفال المرحلة الابتدائية .

يري الباحث من العرض السابق للدراسات السابقة التي تناولت علاج الاضـطراب أن هنـاك طرقا مختلفة لعلاج اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ويمكن إرجاع ذلك إلى تعدد الأسباب

الكامنة وراء اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وإن كانت معرفة الأسباب لا تعتبـر أمـرا ضروريا لتحديد نوع العلاج المستخدم .فعلى افتراض أن أسباب الاضطراب هي أسباب عضوية فإن ذلك لا يمنع من استخدام العلاج النفسي وإذا كانت أسباب الاضطراب نفسيه فـإن ذلـك لا يمنع من استخدام العقاقير الطبية .

ومن خلال ملاحظة الباحث على الدراسات التي اهتمت بعلاج اضطراب نقص الانتباه والنشـاط الزائد وجد العديد من الدراسات التي بينت التأثير الفعال للعقاقير الطبية في خفض حدة أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.وبينت هذه الدراسات أن هناك نسبة كبيرة من الأطفـال ذوي الاضطراب الذين يتحسن أدائهم عند تناولهم للعقاقير الطبية مثل الميثيل فينـديت.إلا أنـه ظهر للعقاقير الطبية بعض الأعراض الجانبية مثل الأرق وفقدان الشـهية للطعـام، ممـا حـدا بالباحثين إلى البحث عن طرق أخرى لعلاج الاضطراب لتفادي الأعراض الجانبيـة للأدويـة ، ومن هذه الطرق العلاج السلوكي الذي يعتمد على المكافئة والعقاب.وقد اعتمد العلاج السـلوكي على عدة فنيات منها التعزيز الإيجابي والتعزيز السلبي، وتكلفة الاستجابة والاقتصاد الرمـزي، وعقد الاتفاقيات.ومن الدراسات التي استخدمت الاقتصاد الرمزي دراسة فاتشين.ك (1996) ،و أشار جاب وجوزيف (1998) إلى أن الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشـاط الزائـد يركزون على المكافئة مما يجعلهم يقضين بشكل خاص عندما يواجهون بإمكانية زوال المكافئـة ولذلك ينصح باستخدام طريقة تكلفة الاستجابة كعلاج سلوكي .ويمكن استخدام العلاج النفسي في علاج الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد فكما نعلم أن الاضطراب يعود فـي بعض أسبابه إلى التوتر والضغوط النفسية حيث يعمل العلاج النفسي على تمكين الطفـل مـن إدراك وفهم مشاعره تجاه نفسه وتجاه الآخرين وكيفية التعامل مع الآخرين بشكل مناسب.وتلعب برامج تدريب الآباء على التعامل الأمثل مع الطفل ذى الاضطراب دورا مهما في خفض حـدة

أعراض هذا الاضطراب عند الأطفال.وقد استخدمت هذه الطريقة من قبل آرثر وآخرون (1993) وكذلك ويد.إف (1990) وسو أيلن (1996) ،كما أن من الطرق المهمة في العلاج استخدام العلاج التربوي وتهيئة البيئة الصفية للطفل، حيث تقدم إلى الطفل برامج تعليمية خاصة.ويرى باول (2000) أنه إذا كان العلاج الطبي يعمل على تقليل الصعوبات التعليمية عند الأطفال المضطربين إلا أنهم يحتاجون إلى مساعدات تربوية إضافية،وكذلك يمكن استخدام طريقة الحمية الغذائية بإزالة مضيفات الطعام والمواد الكيماوية في الأغذية،ومن الطرق المهمة في العلاج طريقة العلاج المعرفي وإدراك الذات ويتم ذلك بتقديم نماذج للطفل من خلال ما يعرف بالنمذجة أو أسلوب التعليم بالأنموذج، وقد استخدم هذه الطريقة كلا من أبو مصطفى والنجار و حمدي الفرماوي وعلا قشطة ،وكذلك من الطرق المهمة طريقة الضبط الذاتي فمن المهم أن يكتشف الطفل أخطائه ويعمل على تغييرها بنفسه دون تدخل من الآخرين،ومن الدراسات التي استخدمت هذه الطريقة سيدنى. زينتال وآخرون (1998) وسيرينا وآخرون (1999) ، وميتشل ودينس (1998) ،وهناك دراسات اهتمت بطرق أخرى في خفض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد فبعضها استخدم طريقة اللعب كما في دراسة منال عبد الحافظ (2002) وبعضها استخدم النشاط الرياضي (الجمباز) كما في دراسة يوسف وزكريا (2000).

المبحث الرابع: الخوف

مقدمة :

من بين الانفعالات التي يعيشها الإنسان في حياته يعتبر الخوف واحداً من أكثرها شيوعاً وتثيره مواقف عديدة لا حصر لها، والتي تتباين تبايناً كبيراً في حياة مختلف الأفراد، كما تتنوع شدته من مجرد الحذر إلى الهلع والرعب، ويعتبر الخوف إحدى القوى التي قد تعمل على البناء أو على الهدم في تكوين الشخصية ونموها ، وقد كان العلماء يعتقدون أن الطفل يولـد مـزوداً بغريزة الخوف، لكن الدراسات الحديثة تشير إلى أن الخوف عند الطفل لا يبـدأ قبـل الشـهر السادس، ولا يكون في هذه السن واضحاً أو محدداً، وأكثر ما يبدو ذلك بتأثير الأصوات العالية، وإضاعة التوازن .

وتعتبر السنوات الأولى في حياة الفرد من أهم الفترات، بل هي الدعامة الأساسـية التـي تقـوم عليها حياته النفسية والاجتماعية، وفي خلالها يتقرر ما إذا كان سينشأ على درجة معقولـة مـن الأمن والطمأنينة، أو سيعاني من القلق النفسي ، ذلك لأن أية خبـرة نفسـية وجدانيـة مخيفـة يصادفها الإنسان في طفولته تسجل في نفسه وتظل هائمة فيها، وقد يستعيدها لاشعورياً في كبره فيشعر بالخوف، وقد يسقط مشاعرها على المواقف والخبـرات المشـابهة فيخـاف (جـرجس، 1993: 8)

والمخاوف المعقولة جزء طبيعي من الحياة، وكل طفل يتعلم طائفة معينة من المخاوف، وبعض هذه المخاوف تساعد على حفظ الذات مما يدفع الطفل إلى تجنب الأخطار المرتبطة بهـا، وقـد تكون هذه المخاوف أساساً لتعلم أمور جديدة (كالخوف من السيارة المسـرعة أو الخـوف مـن بعض الحيوانات المؤذية)،إلا أن المخاوف الشديدة والكثيرة الانتشار والتكـرار والتـي تـرتبط بأنماط سلوكية معينة (كالبكاء والانسحاب والتماس المساعدة...) لا تتفق ولا تتناسق مع السلوك

المتزن الفعال، وقد تكون بعض مخاوف الأطفال من هذا النوع، وبذلك يمكن أن تكـون أكبـر عائق يقف في سبيل نموهم الصحي (إبراهيم، 1988: 357)

تعريف الخوف:

أولاً المعني اللغوي للخوف:

يعرف الخوف في لسان العرب بأنه، خافه يخافه خوفا وخيفة ومخافة ومنـه التخويـف والإخافة والتخويف،والنعت خائف وهو الفزع (ابن منظور ،1981:1290) ويعرف في المعجم الوسيط بأنه (خاف)خوفا وخافة وخيفة: توقع حلول مكروه أو موت محبوب ويقال :خافه علـي كذا وخاف منه ،وخاف عليه فهو خائف، خوفّ خيفّ والمفعول : مخوف، (الخواف) :يقال سمع حوافهم :ضجتهم (الخوف: انفعال في النفس يحدث لتوقع ما يرد من المكـروه أو يفـوت مـن المحبوب (أنيس وآخرون ،1972: 262)،(وجدي،1971:797)هذا وقـد ورد لفـظ الخـوف بمشتقاته اللغوية في 123آية متضمنة فـي 42 سـوره مـن القـران الكـريم (عبـد البـاقي ،1364ه :246).

بعض الألفاظ القريبة من معني الخوف :

1- الجبن: جبن – جبناً ، وجبناً، وجبانة : جبن فهو وهي جبين،وجبان ويقال جبانة والجبان : ضد الشجاع (جبن) جبنا : تهيب الأقدام علي ما ينبغي أن يخاف. (أنيس ، 1972 :106)

2- الرعب : يعرف في لسان العرب بأنه الرعب والرعب : الفزع والخوف . رعبـه يرعبـه ،رعبا ورعبا فهو مرعوب ورعيب : أفزعه (ابن منظور ،1981:1667)

3-الرهبة: رهب بكسر الهاء ،يرهب رهبة ورهبا بالضم ورهبا بالتحريك أي خـاف ،ورهـب الشيء رهبا ورهبا ورهبه :خافه (ابن منظور ،1981 :1748)

4- **الروعة** روع الروع و الرواع والتروع : الفزع ، راعني الأمر يروعني روعا .

(ابن منظور ، 1981: 1777)

5- **الذعر :** الذعر بالضم : الخوف والفزع هو الأسم ذعره يذعره ذعرا فانذعر ، وهو منذعر وأذعره كلاهما : أفزعه وخوفه (أنيس وآخرون ، 1972: 312)

6- **الفزع :** الفرق والذعر من الشيئ ، وهو في الأصل مصدر فزع وفزع فزعا وأفزعه وفزعه : أخافه وروعه الإفزاع الإخافة (ابن منظور ،1981 :3409) ويعرف في المعجم الوسيط بأنه (فزع) فلان فزعا : تقيض ونفر من شيئ مخيف (فزع) فزعا : خاف ودعر (أنيس، وآخرون ،1973: 687)

7- فز: (فز) فزا : فزع وفز عن الأمر تنحي وعدل فزا :أفزعه وأزعجه. (أنيس وآخرون ،1973 :687)

8- **الفرق:** والفرق بالتحريك : الخوف وفرق منه بالكسر فرقا: جزع (ابن منظور 1981،: 3402).ويعرف في المعجم الوسيط بأنه (فرق) فرقا جزع واشتد خوفه. (أنيس وآخرون 1973: 685)

9- **التهيب:** هيب : الهيبة: المهابة وهي الاجلال والمخافة، الهيبة من كل شئ. (ابن منظور، 1981: 4731)

10- **الهلع:** الحرص وقيل : الجزع وقلة الصبر وقيل هو أسوأ من الجزع و أفحشه هلع: يهلع هلعا وهلوعا فهو هلع والهلع، والهلاع والهلعان: الجبن عن اللقاء (ابن منظور،1981: 4685).

ثانياً المعني السيكولوجي للخوف :

تعريف الخوف لدي علماء النفس

يعرفه (وليم الخولي ،1976 :198) أن :الخوف انفعال تثيره المواقف الخطرة أو المنذرة بالخطر الذي يصعب علي المرء مواجهته ، ويصحب الخوف اضطرابات بدنية مختلفة وحركية ولا سيما في حالة الخوف الشديد ، أو هو أحد الانفعالات البدائية والعنيفة ، يتملك المرء فيشـله عادة عن الحركة ، يحدد نشاطه ويتميز الخوف Fear بحدوث تغيرات واسـعة المـدى فـي الجسم ،كما يتصف بسلوك لدي الشخص قوامه الهروب والفرار أو الكتمان والإخفـاء (رزق، 120:1977) .

ويعرفه كذلك(MarksK1978:15) بأنه: شعور قوي يظهر نتيجة لاستجابة عادية طبيعية لخطر أو تهديد واقعي ويتفق مـع التعريـف كـل مـن حامـد زهـران (1978 :417) ريتشـارد سوين(suinn،1970:269)

ويعرفه أيضاً (فاخر عقل،1979:3) الخوف بأنه انفعال يتصف بمشاعر غير سارة وبـالتوتر والهرب أو التجنب إن أمكن وفي الخوف عمل واضح للمجموعة العصبية المستقلة.

يعرفه أيضاً (Leigh,pare,marks,1977:158) بأنه: الاستجابة الانفعالية المميـزة لمصـادر الخطر الخارجي، وتمتد الخبرة الذاتية من الفهم البسيط وعدم" الراحة unesiness" إلي الخوف الشديد . ويصاحب ذلك تغيرات فسيولوجية جسديه somatic . (كريم ،2005: 29) .

كما يعرف الخوف بأنه حاله انفعالية داخلية طبيعية يشعر بها الإنسان في بعض لمواقف ويسلك فيها سلوكا يبعده عاده عن مصادر الضرر،وينشأ ذلك كله عن استعداد فطري أوجده الخالق في الإنسان والحيوان ، ويسمي دافع ولابد أن يكون الخالق أوجد هذا الاسـتعداد الفطـري لحكمـة تتعلق بصالح الكائن العضوي . فالخوف هو الذي يدفعنا لحماية أنفسنا وللمحافظة عليها. وكذلك يمكننا أن نأخذ نقيض الخوف. فانعدام الخوف في شخص ما أمر غيـر عـادي Abnormal ، وهو نادر للغاية ، ويغلب أن يكون سببه قله الإدراك (القوصي، 317:1981)

ويعرفه (الطيب،1982: 81) بأنه: الخوف كذلك بأنه استجابة للتهديد بالأذى ، أي أنه رد فعـل الأشاره بخطر وشيك الحدوث . وفي موقف لا يسمح بالتكيف معه ، كما أنه لا يمكنـه التغلـب عليه . (الطيب ، وآخرون،1982 : 81) ويعرفه مكدوجل بأنه: الانفعال المصاحب لغريزة الهرب (وليم الخولي، 1976 : 198)

والخوف عند علماء البيئة : عامل موثر كمحرك (كدافع) مكتسب لارتباطه بـالمثير المـؤلم ، وهو ليس عاملا متجانسا ولكنه عامل يختلف بين الأفراد والنوعيات و فيمـا يتعلـق بمعنـي الخوف في المعاجم الفلسفية فيعرف بأنه انفعال نفسي يظهر عند تصور شر قريب الوقوع، قال مسكويه الخوف يظهر عند توقع مكروه ، وانتظار محدود والتوقـع والانتظـار إنمـا يكونـان للحوادث في الزمان المستقبل (صليبا ، 1971 :545)

ويعرفه كذلك (مراد ،1979: 189) كذلك بأنه استشعار الوجل من خطر راهن أكيد ، ولهذا لا يفقد الخائف ثقته في نفسه بصوره كليه كما هو الحال في القلق (مراد وهبه، 1979 : 189)

يعرفه (الشحيمي، 1994 : 98) أن: الخوف إشارة تهدف إلى الحفاظ على الذات، وذلك بتعبئة الإمكانات الفسيولوجية للكائن الحي" . كما يعرفه أيضاً(جرجس ،1993 : 8)الخـوف حالـة انفعالية طبيعية تشعر بها كل الكائنات الحية في بعض المواقف... فيظهر في أشـكال متعـددة وبدرجات تتراوح بين مجرد الحذر والهلع والرعب" .ويعرفه (شفير،1989 : 128) : الخوف هو انفعال قوي غير سار ينتج عن الإحساس بوجود خطرٍ ما وتوقّع حدوثه" .

وتعرفه (سليمان،2005: 21) أنه: حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسى وبدنى ، تنتاب الطفل عندما يتسبب مؤثر خارجى فى إحساسه بالخطر ، وقد ينبعث هذا المـؤثر مـن داخـل الطفل ، ويعد انفعال الخوف واحداً من أهم ميكانيزمات الحفاظ علـى الـذات ويلقائهـا لـدي الإنسان ، وهو وظيفة للحفاظ على البقاء والحياة أيضاً لدى الكائنات الأخرى.

ويتبني الباحث تعريف سليمان أنه: حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسى وبدنى ، تنتاب الطفل عندما يتسبب مؤثر خارجى فى إحساسه بالخطر ، وقد ينبعث هذا المـؤثر مـن داخـل الطفل ، ويعد انفعال الخوف واحداً من أهم ميكانيزمات الحفاظ علـى الـذات ويلقائهـا لـدي الإنسان ، وهو وظيفة للحفاظ على البقاء والحياة أيضاً لدى الكائنات الأخرى..

ثالثاً درجات الخوف :

للخوف درجات متفاوتة الشدة أدناها الخشية، وأعلاها الذعر. وشده الخوف تكون فـي العـادة متناسبة مع عظم المكروه المتوقع، وقد قيل أن توقع الخوف خوف (صليبا، 1971: 545)

ونعرض فيما يلي لبعض المفاهيم المتداخلة في معني الخوف والتي يمكن أن تعـد مـن ناحيـة أخري درجات مختلفة منه ، ويوردها وليم الخولي كما يلي

أ- الجزع Horror وهو خليط من الذعر والتقزز والاشمئزاز.

ب- الرهبة Aweأو الروعة انفعال مزيج من الخوف والروعة.

ت- الوجل Apprehension وهو خوف ضئيل في درجته يختلف عن القلق في كونه مصدره خارجياً.

ث- الهلع panic وهو خوف شديد من توقع شر في موقف معين.

ج- الوهرة Ecnoia وهي حالة خاصة من الفزع و الرجف أعطاه ziehn هذا الاسم ، وفيه يفزع الصبي فجأة نتيجة لمثير يثير الفزع فعلا ، ولكن الفزع والاضطراب يلازمانه ويسودان انفعالاته كلها أيام أو أسابيع.

ح- الذعر،الفزع Fright وهو الخوف شديد مفاجئ ، قصير المدى ، اللفظ قريب من الرعـب ولكن الفزع أو الذعر يوحي بمعني الحركة أكثر من الرعب الذي يشير إلي الجانب الانفعالي.

خ- **الرعب** **Terror** وهو كالفزع أو الذعر خوف شديد مفاجئ قصير المدى عـادة ويتضـمن اضطراباً وجدانياً بنوع خاص ويوصف صاحبه بأنه مرعوب أو مرتعب Terrified.

د- **المهابة** **Reverence** وهو مزيج من الخوف والاحترام والتوقير ، في حـين أن التهيـب Timidity يشمل علي عنصري الخوف والخجل من الناس أو الأشياء ويوصف صـاحبه بأنـه متهيب أو هياب Timid.

ذ- **الجبن** **Cowardice** يعرفه بأنه خاصية شخصية أو عامل داخلي يجعل الفرد أكثر تعرضا للخوف ويتهيب أموراً لا تخيف غيره ، كذلك يعرفه ماركس Marks بأنه نزعة أو ميل دائـم لإظهار الخوف بسهولة. (كريم،2005: 32).

رابعاً جوانب انفعال الخوف:

إذا حللنا انفعالا كالخوف أو الغضب أو غير هما من الانفعالات رأينا أنه يتألف من جوانـب ثلاثة يمكن ملاحظتها ودراستها دراسة علمية وهي:

أ- جانب شعوري ذاتي يخبره الشخص المنفعل وحده ويختلف من انفعال لآخر.

ب- جانب خارجي ظاهر يشمل علي مختلف التعبيـرات والحركـات والأوضـاع والألفـاظ والإيماءات.

ت- جانب فسيولوجي داخلي كخفوق القلب وتغير ضغط الدم و إفراز الغدد الصماء وتغيـر النشاط الكهربي في الدماغ،هذه الجوانب الثلاثة ليس جوانب منفصلة أو ينتج بعضها عن بعـض بل استجابات متكاملة تصدر عن الإنسان بأسـره مـن حيـث هـو وحـدة نفسـية جسـمية (راجح،1979 : 25)

ونلخص فيما يلي بعض وجهات النظر إلي الخوف:

أ- الخوف انفعال بدائي تثيره الموقف الخطرة.

ب- للخوف مظاهر حركية و أخري حشوية.

ج- استجابات الخوف الطبيعي استجابات فطرية قوامها الهرب أو التجمد.

د- يعتمد الخوف علي استجابة تلقائية تنتج عن الجهاز العصبي التلقائي.

هـ- يعد الخوف في جانب منه بمثابة محرك أو دافع مكتسب.

خامساً الأساس الفسيولوجي للخوف :

يري أيزنك أنه يوجد متصل كمي كامل لاستجابات الخوف الفسيولوجي وأن فقدان السيطرة علي عملية الاخراج هو أقصي أعراض الخوف علي هذا المتصل ، وتأتي هذه الأعراض في شكل مظهرين هما:

1- **المظاهر الجسمية** somatic: تشمل علي الصراخ والشلل والجري وغيرها من تعبيرات الوجه كالرعشة والإجهاد والتوتر والهبوط والتهيج.

2- **المظاهر الاحشائية visceral:** كالشحوب والأغماء والدوخة وخفقان القلب والغثيان والعرق وتغيرات ضغط الدم والتنفس وزيادة أو نقص إفرازات الغدد فضلا عن التغيرات الكيميائية مثل التغير في نسبة خلايا كرات الدم الحمراء والجلوكوز وافرازات الغدد، الصماء، ويتأثر مقدار الدم في أي منطقة من مناطق الجسم بانقباض أو انبساط الأوعية الدموية وهذا التغير مسئول عن تغير لون الجلد مع الانفعال، فيقال إن إصفرار الوجه نتيجة الخوف يعكس تركيزا نسبيا للدم. ويسيطر الجهاز العصبي السمبثاوي و الباراسمبثاوي علي إفراز الغدة اللعابية، ومع ذلك فهناك بعض الشواهد التي تبين أن هذه الغدد تتوقف عن الافراز خلال الاستجابات الانفعالية كاستجابة الخوف مما يؤدي إلي جفاف الفم (جابر ،1976 : 206).

كذلك تختفي موجات ألفا بسرعة تامة عندما يخاف الفرد، حيث تظهر موجات بيتا بذبذباتها السريعة والقصيرة.

- وقد كشفت الدراسات عن وجود علاقة موجبة بـين بعـض مقـاييس الخـوف والمقـاييس الفيزيولوجيه ،حيث ظهرت علاقة موجبة بين بعض مقياس الخوف من التشوه mutilation Questionnair ومقياس النشاط التلقائي ،حيث وصل الارتباط بينهما إلي(0.269) وهو ارتباط جوهري موجب عند مستوى 0.01 ، كما أسفرت دراسة" جير ،1966" لتحديـد العلاقـة بـين الخوف ومقياس استجابة الجلد الجلفانية عن أن التغيرات في توصيل الجلد للكهربية كانـت ذات دلالة كبيرة وأقوي لدي المفحوصين المصابين بالمخاوف الشاذية أثناء المدة التي شـاهدو فيهـا الصور المعبرة عن مخاوفهم الشاذة وأسفرت دراسة "جيلدر" عن إرتفاع دلالـة العلاقـة بـين الخوف ومقياس تدفق الدم في مقدم الذراع ، ومن أهم التغيرات الكيميائية الحيوية أثناء الخـوف كذلك التغير في مستويات الأدرينالين والنورأدينـالين ونقـص الهيدروكسـيل كوريتكسـيرون والأحماض الذهنية. وللكشف عن المناطق المركزية لاثاره الخوف أجري عديد من الدراسـات، حيث لاحظ (ميللر) أن الاثارة الكهربية في مناطق معينه من المخ تنتج كثيـرا مـن الأشـكال المصاحبة للخوف ، وتبين أن مناطق القشرة التحتية من المخ هي المسببة للخوف ، وفي الجزء الأساسي من اللوزة توجد عديد من مراكز الكف التي تسبب اثارتها كفا لبعض الأشكال السلوكية المعقدة مثل الخوف ، ووجد أن الهيوثلاموس وبعض أجزاء من الجهاز اللمبي يمكـن أن يثيـر السلوك نفسه ، وأخيراً يري (ماركس) أن الخوف بصفة عامة مثل أي سلوك آخر ينمـو مـن خلال ثلاث أنواع من الظواهر وهي الفطرة ، ثم الاعتماد علي النضج فالتطور من خلال التعلم الفردي والخبرة الاجتماعية ،وتلك المصادر الثلاثة قـد أسـهمت بصـفة خاصـة فـي تنـوع الاستجابات تقريباً وذلك طبقاً لدرجه تطور قشرة المخ، وقد يكون هـذا التنـوع داخـل النـوع الواحد ، بينما افترض ستانلي هول أن الخوف من أفضل الدلائل التي تؤكد لنـا مـدي أهميـة تطور السلالات .في حين يري سمير نوف 1966 أن التعبير الانفعالي معتمد علي التركيبـات

العميقة للمخ مثل الهيبوثلاموس واللوزة وأجزاء أخري من الجهاز اللمبي والثلاموس ، أكثر من اعتماده علي القشرة المخية. (كريم،2005: 35) .

سادساً أهمية الخوف :

يعد الخوف ذا أهمية للطفل ، إذا لم يصبح حاداً فالمخاوف العادية تعمـل كتحـذيرات للطفل من الأخطار. ولسوء الحظ فإن كثيراً من الأطفال يتعلمون الخوف من أشياء غير ضـارة أو مؤذية، وهنا يكون الخوف معطلاً للأفعال التي يقوم بها الطفل ، والتي قد تكون مفيدة وممتعة له، ويعمل الخوف أيضاً كوسيلة للاتصال مع الآخرين ، وهو أمر مهم لدي كل الأطفال وعلـي الأخص أولئك الأطفال ذوي القدرة اللغوية المحدودة، فلو أمكن للطفل أن يفهم ويدرك من خلال التغيرات الجسمية وتغيرات الوجه الظاهرة في طفل آخر أو شخص آخر أنه في موقف خوف . إن عوامل الاتصال هذه تكون بمثابة تحذير من خطر معين . كما أن عوامل الاتصال هذه تمكنه من التعرف علي زملائه الذين يتصفون بالشجاعة وزملائه الذين يتميزون بالخوف الشديد، وكلها حقائق يبين علي أساسها أحكامه عليهم، وفي ضوئها يقرر مطالبه منهم ، ومن مـنهم يمكـن أن يتخذه كرفيق اللعب وخلافه (القوصى،1969: 40).

سابعاً وظيفة الخوف والفوائد التي يمكن أن يؤديها :

ليس من شك في أن للخوف بحالته الطبيعية فوائد عديدة، نذكر منها :

1- اعتباره وسيلة نافعة للوقاية من الأذى،فالخائف يتجنب الأعمال المضرة ويتنمي لديه شـعور الحرص والحذر

2- اعتباره وسيلة تهيؤ واستعداد لأي عمل سبق ، ويخاف منه من خلال إجراء التعديلات فـي السلوك أو الاستفادة من الأخطاء السابقة ، والعمل بنصائح تعزز إمكانيات الصواب.

وعلي الرغم من أن الناس لا يمتدحون الخوف كثيراً، فإن هناك ظروفاً معينـة يتمنـي فيهـا المشرفون علي شئون طفل صغير لو كان يحس بالخوف فعلاً أو علي الأقل لو كان أكثر حـذراً عندها لا يخاطر في تسلق حافة قد تؤدي به إلي منزلق بعيد ،أو يبتلع ما تصل إليـه يـده مـن الأدوية في البيت أو الإمساك بموقد تتأجج فيه النيران، والخوف هو أحد الانفعـالات الأوليـة البدائية الفطرية وينشأ الخوف عندما يواجه الفرد موقفاً خطيراً فتزداد نبضات قلبه ويسرع تنفسه ويجف لعابه ويرتعد جسمه ، وتتقلص عضلات وجهه ، وقد يصيح أو يصرخ وترتجف الكلمات علي شفتيه ويتلعثم فلا يكاد يدري ما يقول ، وتؤدي به هذه التغيرات إلـي الجـري هربـاً أو الاختفاء من مواجهه الموقف المخيف بأية طريقة يحافظ بها علي حياته .

المثيرات الأولي للخوف عند الطفل هي الأصوات العالية والشعور بالواقع في مكـان مرتفـع . ولقد أوضح القرآن هذا الشعور في الآية التالية: " ومن يشرك با فكأنما خـر مـن السـماء فتخطفه الطير أو تهوى به الريح في مكان سحيق" ثم يتطور الخوف تبعاً لمراحل النمو فيخشـي الطفل الغرباء في سن المهد والطفولة المبكرة، ثم يفزع من الأماكن الغريبة الشاذة ، ثم يستطرد في حياته فيخشي الموت حينما يدرك معناه في طفولته المتأخرة وبلوغه .

وهكذا تنمو مخاوفه حتى تتصل من قريب بالمخاوف المعنوية كالخوف من الفشل أو الضـحية واللوم والنقد وينفر الطفل من كل ما يتصل بمثيرات خوفه فيخاف من القطط ، يخاف ملمسـها وصورها ، وكل ما يدور حولها في القصص والأحاديث ، وقد يشذ به السلوك فيخشي أن يلمس بيده فروة الرأس أو شعر الأرنب والكلب ، وتدل أبحاث جيرسا وهو لمـز علـي أن مخـاوف الطفل تتأثر بمستوي نضجه ومراحل نموه، فالطفل في نهاية عامه الثـاني للمـيلاد لا يخشـي الأفعال ، وقد يلذ له أن يتناولها بيده، وهو في منتصف السنة الرابعة يحترس منها ويبتعد عنها، ثم يتطور هذا الاحتراس في نهاية السنة الرابعة إلي خوف شديد (الشربيني ، 2000 : 42).

وتؤكد دراسات هاجمان أن مثيرات الخوف عند الطفل فيما بين الثانية والسادسـة مـن حياتـه تتلخص في الخوف من الخبرات الماضية المؤلمة كالخوف من علاج الأطبـاء والخـوف مـن الأشياء الغريبة والحيوانات، التي لم يألفها الطفل من قبل الخوف ، مما يخشاه الكبار فهـو يقلـد أهله وذويه في خوفهم من العواصف والظلام والشياطين ، أي يخضع الطفل في مخاوفه لأنماط الثقافة التي تهيمن علي بيئته وتؤثر فيها ، ويبدأ الخوف عند الطفل في مظهره العام علي صورة فزع عميق، يبدو علي أسارير الوجه ثم يتطور إلي هروب تسبقه رعشة ورعـدة وصـراخ ، وتصاحبه تغيرات عضوية داخلية مختلفة ، ويتطور التعبير اللفظي عن الخوف من الصراخ إلي الصياح إلي الكلام المتقطع ثم إلى الكلام المسترسل ، الذي يسفر فـي لهجتـه وأسـلوبه عـن المخاوف المختلفة، وتنتقل عدوي الخوف بين الأطفال في سرعة غريبة ، وتؤدى بهم إلى مسالك شاذة منحرفة، وقد يتطور انفعال الخوف في بعض الحالات فيصبح حالة شاذة ويسـمي عندئـذ بالرهاب أو الخوف المرضى.

والمخاوف المرضية من الثعبان مثلاً تنغص علي الفرد حياته ، وقد يصاب بنوبات هسـتيرية ، وصياح جنوني عندما يري الثعبان أو صورة الثعبان أو جلد الثعبان ،أو عندما يسمع كلمة ثعبان نفسها. وهذا النوع من المخاوف المرضية لا يختلف عن الخوف العادي إلا في حدته ومظهره ، وهناك نوع آخر من المخاوف المرضية التجارب القاسية المؤلمة التي يتعرض لها الطفـل ولا يقوي علي احتمالها . فعندما يفزع الطفل الصغير من الكلب فزعاً شديداً فإنه يدل بذلك علـي أن الكلب ارتبط في عقله بذكري مؤلمة ، كأن يكون الطفل قد تعرض من قبل لكلب ضال فعضه أو نبح فجأة في وجه نباحاً شديداً، والطفل كما نعلم يخاف من الأصوات المرتفعة المفاجئة ، وقـد

ينتقل الخوف من الكلاب نفسه إلي الخوف من المكان الذي اعتدي الكلاب فيه علـي الطفـل فـي المستقبل (سليمان،2005: 38).

ثامناً: تطور استجابات الخوف عند الأطفال ومظاهرها :

تشبه استجابة الخوف لدي طفل عمره ثلاث سنوات تلك الخاصة بالعجز وانعدام الحلية . ووسيلة الطفل في الحصول علي العون والمساعدة هو الصراخ، كما أنه يخفى وجهه ويبتعد قدر استطاعته عن الموضوع المخيف. وبعد أن يتعلم الحبو والمشي نجده يختفي خلـف شـخص أو قطعة أثاث ويظل مكانه حتى يهدأ الخوف أو حتى يشعر أنه أصبح في أمان إذا ما خرج مـن مخبئه وبتقدم الطفل في العمر، يتحكم في الاستجابات العلنية للخوف تحـت تـأثير الضـغوط الاجتماعية فتتوقف استجابات الصراخ ، ولكن تبقى تعبيرات الوجه المرتبطـة بـالخوف، كمـا ينسحب بعيداً عن الموضوعات المخيفة ولا يحاول الطفل الأكبر سناً أن يخفى خوفه فقط، بل إنه يحاول أيضاً أن يبتعد عن أي موقف يظن أنه قد يخيفه فإذا ما ووجه بمثير للخوف فقـد يعبـر عن خوفه بصورة غير مباشرة عن طريق أداء حركي عام،يشبه إلي حد كبير حالـة الانـدفاع الحاد أكثر من استجابة خوف (العيسوي ، 1990 : 54).

ويتأثر تطور الخوف على نحو طبيعي بتاريخ الطفل، وبالوضع الذي تحدث فيه المواقف المثيرة للخوف. ويرتبط ميل الطفل إلي الاستجابة الذاتية للخوف علي نحو وثيق بالحساسـية الوراثيـة الخاصة بجهازه العصبي الذاتي، ومن المعتقد أن التأثيرات البيئية المبكرة جداً وحتى تلك التـي تعود إلي بيئة الطفل الأول رحم الأم تجعل الطفل حساسا علي نحـو خـاص ، بحيـث تكـون استجابته للخوف زائدة ، وهناك ما يشير إلى أن الطفل قد يغدو أكثر عصبية وتوتراً، إذا وقعت أمه أثناء حملها به، تحت تأثير الصعاب الشديد. وقد تقوم الخبـرات المرضـية المخيفـة جـداً بإشراط الطفل، بحيث يشعر فيما بعد بخوف حاد ، في الأوضـاع المتشـابهة ، ويمكـن لهـذا

الإشراط أن يستمر طويلاً ، وبتعبير آخر يتعلم الطفل القلق عن طريق ربط الخبرة غير السارة بوضع عين . والأهم من ذا هو أن كل الأطفال وبخاصة الأطفال الذين يبدأون الحياة ولديهم استعداد طبيعي للقلق عرضة للعدوى بأثر الانفعالات التي يعبر عنها والدهم ، فهم مستعدون لالتقاط أدني التلميحات التي تفصح عن مشاعر والدهم . كما تنتقل بعض المخاوف إلي الأطفال علي نحو لا شعوري ولا يقتصر انتقالها علي الطريقة الكلامية فقط ، بل يمكن أن تنتقل عن طريق الإيماء أو الموقف، وقد تبين أن الأمهات اللواتي احتفظن بهدوئهن أثناء الغارات الجوية في الحرب العالمية الثانية أنشأن أطفالاً يميلون إلي الهدوء ، بينما نقلت الأمهات الخائفات خوفهن إلي أطفالهن ، والتأكيد علي أهمية هذه العدوى الانفعالية لا ينطوي علي أية مغالاة ، إذ تبين وجود ارتباط بين عدد وأنواع مخاوف الإخوة والأخوات كما تبين وجود ارتباط بين مخاوف الأم والطفل ، وكلما كانت الأم أكثر هدوءاً أو استرخاء ، كانت أكثر نزوعاً نحو تخفيض الحرارة الانفعالية لأطفالها (سليمان،2005: 41).

ولقد كان هناك شبه إجماع بين العلماء على أن من أهم المثيرات الأولى للخوف في الطفولة المبكرة هي الأصوات العالية الفجائية في السنة الأولى من عمر الطفل، خصوصاً عندما تكون الأم بعيدة عنه. وبتقدم نمو الطفل تزداد مثيرات الخوف وتتنوع، ففي السنة الثانية وحتى الخامسة قد يفزع الطفل من الغرباء ومن الوقع من مكان مرتفع ومن الحيوانات والطيور التي لم يألفها، ويخاف من تكرار الخبرات المؤلمة التي مر بها (كالعلاج الطبي أو عملية جراحية) كما أنه يخاف مما يخاف منه من حوله من الكبار في البيئة التي يعيش فيها لأنه يقلدهم، فهو يتأثر بمخاوف الغير حتى لو لم تكن واقعية، وكانت وهمية أو خرافية. ويظهر انفعال الخوف عند الطفل على أسارير وجهه في صورة فزع وقد يكون مصحوباً بالصراخ، ثم يتطور بعد السنة الثانية إلى الصياح والهرب المصحوب بتغيرات في خلجات الوجه أو الكلام المتقطع أو قد

يكون مصحوباً بالعرق أو التبول اللاإرادي أحياناً، وتنتشر عدوى الخوف بين الأطفال كالنار في الهشيم، ويمكن معرفة مدى خوف الطفل بمقارنة مخاوفه بمخاوف أغلب الأطفال الذين هم في مثل سنّه، وبمقارنة درجة هذه المخاوف بدرجة مخاوف أقرانه. فالطفل مثلاً في الثالثة من عمره يمكن أن يخاف من الظلام ويطلب إضاءة المكان، وربما كان خوفه هذا في حدود المعقول، أما إذا فقد الطفل اتزانه وأبدى فزعاً شديداً من الظلام فلا شك أنه خوف شاذ، وهذا النوع من الخوف مبالغ فيه، وهو ضار لشخصية الطفل وسلوكه، أما الخوف الطبيعي المعقول فهو مفيد لسلامة الطفل(جرجس ، 1993 : 9) .

ويبدو بعض الأطفال خوافين بشكل عام، وبعضهم الآخر يخاف خوفاً محدداً من شيء أو شيئين، ولا تُظهر معظم الدراسات وجود فروق في الخوف بين الأولاد والبنات.

إن حوالي نصف الأطفال على الأقل تظهر لديهم مخاوف مشتركة من الكلاب والظلام والرعب والأشباح وحوالي 10% من هؤلاء يعانون خوفاً شديداً من شيئين أو أكثر، والمخاوف الأكثر شيوعاً بين سنتين وست سنوات فيما بين سن السنتين والأربع سنوات تغلب المخاوف من الحيوانات والظلام والحيوانات والغرباء، وتقلّ هذه المخاوف عمر خمس سنوات ثم تختفي فيما بعد، وفي عمر 4 إلى 6 سنوات تسيطر المخاوف المتخيلة مثل الأشباح والوحوش، وتبلغ ذروتها في عمر 6 سنوات ثم تختفي فيما بعد، إن 90% من الأطفال تحت السادسة من العمر يظهر لديهم خوف محدد يزول بشكل طبيعي (شفير ، 1989 : 128) .

وبالرغم من أن طبيعة مخاوف الأطفال قد يعتريها التغير مع مرور الزمن، إلا أنه في جميع الحالات تعتبر المخاوف أساساً توقعاً لخطر أو لحدث غير سار، إلا أنها تتميز الواحدة منها عن الأخرى في بعض النواحي، فالخوف الواقعي بصورة عامة يعتبر أكثر تحديداً، فهو عبارة عن استجابة لخطر حقيقي، والجدير بالذكر أنه لا يوجد مثير واحد يحدث الخوف في مرحلة

الطفولة، بل هناك مجموعة من العوامل، ويتعلم الطفل من خلال نموه التمييز بين ما هو مألوف (لذلك فهو في أمان) وما هو غير مألوف (يعتبره خطـراً عليـه) وقـد قـام AKeslo and HoImer(1935) بدراسة واسعة لمخاوف الأطفال في فترة ما قبل المدرسـة، حيـث سـجلت مخاوف الأطفال والظروف المتصلة بها لمدة 21 يوماً، وقد كانت نتيجة الدراسة أن المخـاوف من الأشياء الحقيقية (الضوضاء أو الأشياء أو الأشخاص أو الحركات المفاجئة غيـر الموقعـة والغريب من الأشياء والمواقف والأشخاص) كانت تتناقص بتقدم العمر، على حين أن المخاوف من أخطار متوهمة أو خارقة للطبيعة (كالوقـائع المرتبطـة بـالظلام والأحـلام واللصـوص والمخلوقات الخرافية وأماكن وقوع الحوادث) فكانت تزاد بتقدم العمر، كما لوحظ أن العلامـات المرتبطة بالخوف مثل (البكاء ، الهلع ، الانسحاب) كانت تتناقص من حيث التكـرار أو الشـدة كلما تقدم الطفل بالعمر.

ويصعب التنبؤ بمخاوف الأطفال إلى حد كبير بسبب الفروق الفردية الكبيرة من حيـث القابليـة للخوف ومن حيث مبلغ تعرضهم للخوف، فالمثير الواحد قد يكون مخيفاً إلى حد كبيـر بالنسـبة لطفل ما، بينما لا يحدث شيئاً من الاضطراب لطفل آخر، كما أن الطفل نفسه يمكن أن يضطرب كثيراً بمنبه خاص في موقف معين، ثم لا يعيره انتباهاً في موقفٍ آخر .(إبـراهيم ، 1988 : 357 – 359) فمثلاً، الطفل الذي يعيش في الريف لا يخشى الحيوانات الأليفة كالكلاب أو البقرة أو النعجة، لكن الطفل الذي يتربى في المدن يخافها، وهذه إشارة إلى تـأثير البيئـة ومخـاوف الأطفال تتكون أثناء الطفولة الباكرة ونتيجة لتعاملهم مع البيئة وتأثرهم بالنمط بالحضاري لهـذه البيئة وما فيها من مفاهيم وعادات وأساطير ومواقف (الشحيمي ، 1994 :98).

تاسعاً استجابات الخوف فى ضوء القرآن والسنة:

إن استجابات الخوف تختلف وتتمايز بحسب نوع وطبيعة ما أثار فينا الخوف، فإذا توافر فى المثير عوامل القوة والشدة والقسوة ودعم بوسائل الهدم والتدمير وأحاط بالهدف ، ولم يترك له ملجأ ولا مخرجاً فإن الاستجابة للخوف تكون شديدة، ويظهر على سلوك الإنسان الاضطراب بل الذهول أيضاً لفترة من الوقت تطول أو تقصر ، وهذا الاضطراب يشمل الإنسان كله داخلـه وخارجه ، ولقد صور القرآن الكريم هذا الموقف الشعورى الذى عاشه المؤمنون، عندما أحـاط الأحزاب بالمدينة المنورة ، وانتهز اليهود الفرصة فنقدوا عهودهم مع رسول ا ، قال تعالى:

"يا أيها الّذين آمنُوا اذْكُروا نعمة َا عليكُم إِذا جاءتْكُم جنود فَأرسلْنَا عليهم ريحـاً وجنـودا لّـم تَروهاْ وكان ا ُ بِما تَعملُون بصِيراً ، إِذْ جاءوكُم مِن فَوقْكُم ومِن أَسفَلَ مِنكُم وإِذْ زاغَتِ الأبصار وبلَغَت الْقُلُوب الْحنَاجِر وتَظُّنون بِا ِ الّظُنوناً ، هنَالِك ابتُلِى الْمؤْمِنُون وزلْزِلوا زِلْزالاً شَدِيداً"

تصور الآيات السابقة الاستجابة للموقف العصيب الذى ابتلى به المؤمنون فى هذه الغزوة ، ذلك أن شدة الموقف وصعوبته قد أدت إلى الاضطراب الحاد ، الذى شمل المؤمنين جميعاً فى ظاهرة سلوكهم وأعضاء الجسم الداخلية. (زهران، 1999 :87).

وهنا يجدر التنبيه إلى أن خوف المؤمنين الذى بلغ أقصى درجات الخوف والفزع، كما يظهر فى الآيات الكريمة السابقة كان خوفاً محموداً ذلك أن خوفهم لم يكن على ذات أنفسهم ، بل كان على الدعوة والداعية صلى ا عليه وسلم ،ذلك أن الأعداء قد أحاطوا بالمدينة من كل جانب.

ونقض اليهود عهودهم ومواثيقهم، كما توثب المنافقون وظاهروا بنفاقهم ، هذه الأحداث العصيبة عاشها المراهقون من أبناء الصحابة رضى ا عنهم أجمعين، وتفاعلوا معها تفاعل الكبار ، بل كان لهم فى هذا الموقف شجاعة، أمثال : أسامة بن زيد ، وعبد ا بن عمر ، وغيرهم.

إن خوف المؤمنين وفزعهم الشديد لم يكن عن جبن ولا خوف بل خوفاً على دين ا ، يشهد لهذا مقولة سعد بن معاذ لرسول ا ، حين أراد أن يعقد صلحاً مع غطفان على ثلث ثمار المدينة.

فقال له سعد بن معاذ: يا رسول ا قد كنا نحن وهؤلاء القوم على الشرك با وعبادة الأوثـان، لا نعبد ا ولا نعرفه ، وهم لا يطمعون أن يأكلوا منها ثمرة إلا قرى ، أو بيعاً فحين أكرمنا ا بالإسلام وهدانا له نعطيهم أموالنا وا ما لنا بهذه من حاجة وا لا نعطيهم إلا السـيف حتـى يحكم بيننا وبينهم ، قال الرسول فأنت وذاك فتناول سعد الصحيفة فمحا ما فيها من الكتاب ثـم قال : ليجهزوا علينا (صادق،1996: 88).

إن الاستجابة الحادة المضطربة لهذا الموقف المفاجئ المباغت بالقوة والكثرة لم تستمر طويلاً ، حتى سيطر المسلمون على الاستجابة الانفعالية فاستبدلت باستجابة أخرى هادئة واعية ، فكانـت الاستجابة الجديدة هي الشجاعة والإقدام فى هدوء وطمأنينة لمواجهة الخطر المحدق، ويشهد بهذا إصرار سعد بن معاذ على القتال جهاداً فى سبيل ا ، ذلك أن الخائف المضطرب لا يفكر فـى القتال ولا يصبر عليه بل لا يستطيعه ، وهنا يجدر بالفرد المسلم أن يتخذ مـن هـذه الأحـداث التاريخية الواقعية زاداً يدعم به سلوكه فى المواقف التى تثير فيه انفعال الخوف فيسـتجيب لهـا استجابة مناسبة دالة على نضجه ورشده .

كما أن الهرب من مواجهة الخطر ليس مذموماً فى جميع المواقف التى تثيره بل ثمة مواقـف يكون الهرب محموداً، قال تعالى" فَخَرج مِنْها خَائِفاً يتَرقّب قَالَ رب نَجِنى مِن الْقَومِ الظّالِمِين".

فهنا يجب أن يتعلم الفرد من هذه الاستجابة أن مواقف الخطر الذى يتهدد الفرد فى نفسه ودينـه لا تقابل كلها بالشجاعة والإقدام والتحفز للمواجهة.

ففي مثل هذا الظرف لا يعد التحفز والإقدام شجاعة ، بل يعد تهوراً، ولهذا كـان الهـرب مـن مواجهة الموقف استجابة حكيمة .

وقال العلامة ابن القيم: الوجل ، الخوف، الخشية، الرهبة .

وقيل الخوف : اضطراب القلب وحركته من تذكر الخوف .

وقيل الخوف قوة العلم بمجارى الأحكام .

وقيل الخوف : هروب القلب من حلول المكروه عند إشعاره .

والخشية أخص من الخوف، فإن الخشية للعلماء با .

" إِنّما يخْشَى ا َ مِن عِبادِهِ الْعلَماء " فهو خوف مقرون بمعرفة .

حيث قال عليه الصلاة والسلام: (أنى أتقاكم وأشدكم له خشية) (زهران، 1984 :31).

- والخوف منه ما يكون محموداً ومنه ما هو مذموم، ومنه ما هو طبيعى وفطرى:

الخوف المحمود:

يمنع صاحبه عن محارم ا " وإياي فارهبون" وامتدح ا الخائفين منه " إن الذين هـم من خشية ربهم مشفقون" إلى أن قال " أولئك يسارعون فى الخيرات وهم لها سـابقُون " وهـذا الخوف ينبغى أن يعمل الوالدين على تنميته فى نفوس الأبناء لتستقيم لها الحياة فلا ينحرفون.

الخوف المذموم:

هو الخوف من المخلوقات خوفا يزيد عن درجة الخوف من ا أو يساويها حيث يعتقـد قدرتها على النفع والذر وا يقول : "ما مِن دآّبةٍ إِلاّ هو آخذٌ بِنَاصِيِتَها إِن ربى علَـى صِـراَط مستَقيِمٍ" وينبغى أن يربى الأولاد على عدم الخوف من المخلوق ما دام أنه لم يذنب ولم يرتكـب جريمة(فهذا عبد ا ابن الزبير فتى حدثا يلعب مع الصبيان فى الطريق فيمر عمر الفـاروق، رضى ا عنه، ويفر الصبيان إلا عبد ا فسأله الفاروق لم لم تهرب قال يا أمير المؤمنين لـم أرتكب ذنباً فأخافك وليست الطريق ضيقة فأوسعها لك) مع أن المطلوب تربية الاحترام للكبار ، ولكن هذا لا يتنافى مع عدم الخوف منهم.

الخوف الطبيعى الفطري:

فهو ما يحسبه الإنسان مما يمكن أن يؤذيه كعقرب أو حية أو رجل شـرير ، فنبـى ا موسى عليه السلام خاف بطش فرعون "قَالَ رب إِنّى قَتَلْتُ مـنْهم نَفْسـاً فَأَخَـافُ أن يقْتُلـون" (سليمان،2005: 67).

عاشراً أسباب خوف الأطفال :

يظهر الخوف مبكراً في حياة الوليد، إذ يبدأ خلال الشهور الثلاثة الأولي، أما المثيـرات المبكرة في هذه الفترة ،فهي: الأصوات العالية والمفاجئة، الشعور بالسقوط من مكان مرتفع كما ذكرنا سلفاً وعادة ما يبدأ التعبير عن الخوف في العام الأول من عمر الطفل ، والـذي يظهـر علي شكل بكاء ، أو عدم راحة جسمية، ثم تتطور إلي حالة ذهول عامة سريعة الزوال ، وكلما تقدم سن الطفل تعلم مثيرات جديدة لخوفه، ومع تنوع هذه المثيرات وتزايدها تبـدأ اسـتجابات الخوف بالتخصيص، ويلجأ الطفل إلي الابتعاد عن الشيء المخيف بـالجري ، أو الاسـتغاثة أو تجنب المواقف المحبطة ، وتتميز مخاوف الأطفال بأنها ليست ثابتة.

إن مخاوف الأطفال تتأثر بمستوى نضجه، فالطفل في نهاية عامه الثاني لا يخشي الأفعى ، وقد يلذ له أن يتناولها بيده ويلعب بها أما في سن لاحقه ستجده يحترس منها فيبتعد أولاً ، ثم يتطور هذا الاحتراس والحيطة إلي خوف شديد واضح، وفي هذا السن(الثانية) يبدأ الطفل بالخوف مـن توقع أو تخيل خطر وهمي ، أو خطر نـاتج عـن قـوي خارقـة للطبيعـة كـالخوف مـن العفاريت.(ملحم،2002 : 74).

ولا شك أن تزايد النمو المعرفي لطفل هذه المرحلة وقدرته المتزايدة علي الخيـال واسـتخدام الرموز يلعبان دوراً كبيراً في التأثير علي استجاباته الانفعالية، من حيث إنها تساعد الطفل علي خلق مخاوف نفسه، وتؤكد دراسات هاجمان(Hgman) أن مثيرات الخوف عند الطفل فيما بين الثانية والسادسة من سني حياته تتلخص في الخوف من الخبرات الماضية المؤلمة ، كالخوف من

علاج الأطباء والخوف من الأشياء الغريبة كالحيوانات ، التي لم يألفها الطفل من قبل والخوف ، مما يخشاه الكبار فهو يقلد أهله وذويه في خوفهم من العواصف والظـلام والشـياطين، أي أن الطفل يخضع في مخاوفه لأنماط الثقافة التي تهيمن علي بيئيه وتؤثر فيها.

نستنتج مما سبق أن معظم المخاوف مكتسبة، فالخوف استجابة مشتقة من الألم ، والأطفـال لا يولدون خوافين ، بل إنهم يتعلمون ذاك الخوف،وحيث إن معظم التعليم يكتسبه هؤلاء الصـغار في المنزل ، فلا غرابة إذاً إذا قلنا إن الأطفال يبدون استعداداً قوياً لالتقـاط مخـاوف آبـائهم . ويلتقط الأطفال مخاوفهم من آبائهم عن طريق ميكانزم التوحد، أو عن طريق التعلم بالمشاهدة ، والمخاوف التي تكتسب عن هذا الطريق يطول بقائها بشكل خاص،مما سبق يتضح لنا أن هناك عوامل متعددة ومتشابكة، تؤدي إلي انفعال الخوف(سليمان،2005: 103)

ويمكن تلخيص هذه الأسباب خلال العرض التالي من أهمها:

1 - **الخبرات غير السارة :** إن الخبرات غير السارة التي يمر بها الأطفال تترك آثاراً سلبية لا تزول بسهولة، إذا يخاف الطفل من تكرار الخبرات المؤلمة التي مر بهـا كـالعلاج الطبـي أو عملية جراحية أو أن يكون قد تعرض للعض مثلاً أو التهديد من قبل حيوان ما يمكن أن يسـبب له خوفاً محدداً من ذاك الحيوان أو خوفاً من جميع الحيوانات أو توجهاً عاماً للخـوف مـن أي موقف، ويمكن أن يتسع مدى الخوف بالنسبة لموضوع الخوف الأصلي بـالتعميم حيـث يمتـد ليشمل لدى الأطفال مجالات متعددة. فالخبرة التي يمر بها طفل صغير مع كلب ما يمكن أنتؤدي إلى خوف من جميع الطلاب وجميع الحيوانات وجميع الأشياء ذات الفراء - كذلك من الخبرات غير السارة التي مكن أن يكون قد تعرض لها - السقوط - الاصطدامات - الرعـد - الحـرق

بشيء ما - المياه مثلاً : يمكن أن يصبح الاستحمام مخيفاً للطفل بسبب الانزلاق فـي المـاء أو لسع الصابون عندما يدخل عينيه(شفير ، 1989 : 132)

2 - **التأثير على الآخرين :** إن الطفل يمكن أن يستخدم المخاوف كوسيلة للتأثير على الآخـرين واستغلالهم، فأحياناً قد يكون إظهار الطفل الخوف هو إحدى الطرق القوية لجذب الانتباه، وهذه الطريقة تعزز بشكل مباشر وجود المخاوف لدى الطفل، وهكذا يؤدي الخوف إلى حالـة مـن الارتياح والرضى على نحو يزيد من حالة الشعور بالخوف، والمشكلة أن الخوف يصبح مريحاً ومؤلماً في آن واحد، ويزداد الأمر تعقيداً عندما يكون الخوف هو الطريقة الوحيدة لدى الأطفال للتأثير على والديهم، وكلما أظهر الطفل خوفه فإن الوالدين يسعيان لتهدئة الطفل، رغم ذلك فهـم يفشلون في الوصول إلى هذا الهدف، ومن الأمثلة على هذا النمط من السلوك الخوف المرضـي من الذهاب إلى الروضة، إذ يظهر الطفل خوفاً شديداً من الذهاب إليها وتكون النتيجة أن يسـمح له الوالدان البقاء في البيت، وبذلك يحصل الطفل على ما يريد من تجنب الروضة والبقـاء فـي البيت، ويقوى هذا الخوف إذا كان الوالدان مترددين حول إرسال الطفل للروضـة وعمـلا دون قصد على جعل إقامته في البيت متعة أو خبرة سارة بالنسبة له، كأن يعطي اهتماماً زائداً لم يكن ليحصل عليه من قبل، ونتيجة لذلك يصبح الخوف وسيلة يستخدمها الطفل للتأثير على الآخرين، وقد يفقد السبب الرئيسـي للخـوف فاعليتـه إلا أن الخـوف نفسـه يبقـى ويصـبح عـادة (الزعبي ،2000: 153)

3- **الحساسية في الاستجابة ذات المنشأ الولادي :** يوصف بعض الأطفال بأنهم كـانوا دائمـاً حساسين للغاية وخوافين منذ الولادة أو خلال السنة الأولى أو الثانية من العمر، وهؤلاء الأطفال يظهرون استجابات جد قوية للأصوات أو للحركة المفاجئة أو للتغيـرات فـي البيئـة...الـخ. والاستنتاج الواضح هو أن الأجهزة العصبية المركزية لهؤلاء الأطفال هي منذ الـولادة أكثـر

حساسية من غيرها، ولذلك فهم يستجيبون لمثيرات أضعف ويحتاجون إلى وقت أطول لاستعادة توازنهم، وينتج ذلك عن مزيج من العوامل الوراثية وظروف الحمل والولادة ، لذلك فإن هؤلاء الأطفال يستجيبون بهذه الطريقة بحكم تكوينهم، فالطفل الذي يبكي بعنف لصوت مفاجئ متوسط الشدة قد يكون أكثر تهيؤاً لتطوير مخاوف شديدة، والتي يمكن تعميمها بسرعة وسـهولة علـى مواقف أخرى، ثم يعمم هذه المخاوف على مواقف أخرى وهكذا.

وعندما يصل هؤلاء الأطفال إلى عمر(4 أو 5) سنوات تكون المخيلة قد نمت جيداً فيظهر لديهم ميل قوي لتخيل جميع أشكال الحوادث المزعجة، وعندما تزداد شدة المخاوف وتطـول فترتهـا بشكل ملحوظ فإنها تصبح مخاوف مرضية يمكن أن تؤثر على حياة الطفل، وفي الغالب تـؤثر على حياته اليومية، فمثلاً قد يخاف الطفل الزائد الحساسية من الاستغراق في النوم متخيلاً أنه قد لا يستيقظ من نومه أو أنه سوف يحلم أحلاماً مرعبة (الزعبي ،2000: 153)

4 - **الضعف النفسي أو الجسمي :** يكون الأطفال أكثر استعداداً لتطوير المخاوف عندما يكونون متعبين أو مرضى، وخصوصاً إذا استمرت حالة الضعف الجسمي لفترة طويلة، فهـي سـتؤدي إلى شعورٍ بالعجز وضعف المقاومة بحيث تصبح الدفاعات السيكولوجية للطفـل أقـل فاعليـة، وعندما يكون اعتبار الذات لديه منخفضاً يكون أكثر عرضة لتطوير المخاوف، إذ يشعر بالحزن والعزلة والعجز وضعف القدرة على التعامل مع المشاعر والأفكار المثيـرة للخـوف، والآبـاء المتساهلون يسهمون أكثر من اللازم في تطوير قبل هذا النمط من السلوك لأنهـم لا يسـاعدون الطفل على تطوير الشعور بالجدارة الناتج عن مراعاة الحدود التي يفرضها الآبـاء للسـلوك أو تلبية المتطلبات ، إن الأطفال الضعيفين جسمياً يشعرون بعدم القدرة على التعامل مع الأخطـار الواقعية أو المتخيلة (بشناق،2001: 111).

5- أثر الجو العائلي :

لعل أسلوب التربية الخاطئ والذي يسود الجو العائلي سبب مهم من أسباب الخوف ، ومن مظاهر أسلوب التربية الخاطئة والذي يولد الخوف ما يلي:

أ- النقد والتوبيخ : إن النقد الزائد للأطفال قد يؤدي إلى تطوير شعور بالخوف لديهم، حيث يشعرون بأنهم غير قادرين على فعل شيء صحيح، ويبدو هؤلاء الأطفال كأنهم يتوقعون النقد دائماً، وهذا يؤدي بدوره إلى أن الطفل يفقد الثقة بنفسه ويظهر عليه الجبن والخنوع. كما أن التهديد المتكرر بالتقييم السلبي يؤدي إلى نتيجة مشابهة، فمثلاً عندما يوبخ الطفل لأنه وسخ ملابسه فإن النتيجة ستكون ظهور الخوف من الاتساخ لديه، وقد يتعمم هذا الخوف ليصبح خوفاً من الفوضى، ويعتمد شكل الخوف على الجانب الذي يوجه النقد إليه، فالأطفال الذين ينتقدون بسبب فاعليتهم أو نشاطهم قد يصبحون أطفالاً خجولين خوافين .

ب- الضبط والمتطلبات الزائدة : إن الأطفال الذين يعيشون في جو بيت يتسم بالضبط الزائد يمكن أن يصبحوا أطفالاً خوافين بشكل عام أو أطفالاً يخافون من السلطة بشكل خاص، فقد يخافون من المعلمين أو رجال الشرطة أو ممن يمثلون السلطة.

أحياناً يستخدم التخويف من قبل الأهل لحفظ النظام أو لدفع الطفل لعمل معين أو منعه من عمل معين كاللعب أو الضوضاء، وهذا التهديد هو مصدر كامن للمخاوف التي تعيق نمو الطفل. وهناك آباء ذوو متطلبات زائدة لا يحتملون المخاوف المؤقتة التي تظهر لدى أطفالهم ولا يتقبلونها ونتيجة لتوقعهم أن يكون الطفل كما يريدون فهم يوجهون النقد للطفل لأنه يتصرف بشكل طبيعي، وتوقعات الآباء المبالغ فيها هي سبب قوي لخوف الأطفال من الفشل (شفير ، 1989 : 132)

ج- الصراعات الأسرية : إن الجو المتوتر في البيت الذي تحدث الصراعات المستمرة بين الوالدين أو بين الأخوة أو بين الآباء والأبناء يؤدي إلى شعور بعدم الأمن، والأطفال الذين لا

يشعرون بالأمن يحسون بأنهم أقل قدرة من غيرهم على التعامل مع مخاوف الطفل العادية، وحتى المناقشات اليومية حول المشكلات المالية أو الاجتماعية يمكن أن تخيف الأطفال وخاصة الحساسين الذين يشعرون بأنهم مثقلون بمشكلات الأسرة التي لا يستطيعون فهمها ويسيئون تفسيرها باعتبارها مشكلات لا أمل في حلّها،وتتضخم هذه المشاعر إذا أدرك الأطفال وجود ضعف في قدرة الآباء على مواجهة المشكلات .

تقليد الخوف : يخاف الطفل عن طريق المشاركة الوجدانية لأفراد أسرته ومن يخالطهم في البيئة، كما يتعلم الخوف بتقليده لسلوكهم من خلال ملاحظته الخوف لدى الكبار أو الأخوة أو الرفاق، ومن المعتاد أن نرى لدى الأطفال شديدي الخوف واحداً من الوالدين على الأقل لديه مخاوف شديدة، فمثلاً الأم التي تخاف من الكلاب أو المرتفعات قد يعاني طفلها من خوف مشابه، وبما أن الخوف يتم تعميمه فإنه من المحتمل أن يطور الطفل خوفاً من أي شيء، وهناك بعض الأطفال أكثر عرضة من غيرهم للخوف بسبب وضعهم المزاجي العام. لذا فمن المتوقع أن يعاني أحد أطفال الأبوين الخوافين من حالة خوف شديد بينما لا يعاني أشقاؤه من أية مخاوف. والمخاوف التي تكتسب عن هذا الطريق تمتاز بطول بقائها وتقاوم العلاج والانطفاء بشكل خاص (جرجس ، 1993 : 15)

د- التقليد:

إن مشاهدة الأطفال للخوف ومظاهرة عند الآخرين له تأثير سلبي عليهم ، حيث ينتقل الخوف إليهم عن طريق التقليد والمحاكاة ، فكثير من الآباء الخائفين والأمهات الخائفات لهم أطفال يعانون من مشكلة الخوف (سليمان،2005: 108).

6- قمع انفعال الخوف عند الطفل:

بعض الكبار أو الآباء يأبى أن يصبح ابنه خوافاً أو يشب وقد عرفـت عنـه هـذه المشـاعر ، فيعاقبون الأطفال عند ظهور هذا الانفعال عليهم أو يجبرونهم علي مداعبة الكلاب أو القطط ، أو حضور ذبح الطيور أو الحيوانات ، خاصة في المناسبات الدينية أو القومية.

7- السخرية من الطفل الخائف وعدم تدريبه:

قد يلجأ البعض إلي أثارة الضحك علي الطفل أثناء خوفه، وأحياناً يتخذ إخوة الطفل من بعـض التصرفات التي تخيف أخاهم وسيلة للاستمتاع أو التندر أمام الأطفال الآخرين . كما أن الخوف يتكون في داخل الطفل من جهله بحقيقة الأشياء أو الأحداث ، وهي مسئولية الآبـاء والمعلمـين والإخوة الكبار.

8- تخويف الطفل :

يلجأ بعض الكبار إلي تخويف الطفل ، كي يمارس العمل الذي يطلبونه منه(الهدوء- الاستذكار) فيقال للطفل: سوف نضعك في غرفه مظلمة أو مع الكلاب لتأكلـك ، أو سـوف نحضـر لـك العسكرى أو الضابط ،أو سنذبحك مثل الخروف ونأكلك،فإن إحاطة الطفل بجو مـن التخويـف والحذر الذي لا مبرر له، سوف يقوده إلي الشعور بالنقص وفقدان الثقة ومن ثم الخوف، كما أن تهديد الطفل بأن عدم اهتمامه بالأكل سوف يؤدى إلي موته أو مرضـه، مـن الأسـباب غيـر المباشرة لخوف الطفل من الموت.

9- النموذج :

إن خوف الأطفال من بعض الكائنات أو الأشياء أو المواقف قد يأتـي بسبب مـا شـاهده مـن انفعال الأم أو الأب أو المعلمة أثناء تلك المواقف، لأن الطفل يقلد لا شعورياً من حوله ، فيخاف مما يخاف منه الكبار وخاصة الذين يثق بهم، فإن الطفل الذي شاهد والدته خائفة وهـي راكبـة

قطاراً يمر فوق كوبري أسفله نهر، استمر يخاف ركوب القطارات عموماً ،وليس شرطاً أن يكون النموذج فرداً ممن يعرفهم الطفل ، فقد يكون شخصاً بدا في قصة أو فيلم مرعب أو في مجلة من مجلات الأطفال (الخليدى، 1997: 54)

10- أسلوب التربية الخاطئ من قبل الوالدين تجاه الطفل والذي يتمثل فيما يلي :

- التفرقة في المعاملة بين الإخوة.
- السلطة الوالدية الزائدة، والتدخل الزائد عن الحد في شئون الطفل.
- ميلاد طفل جديد والخطأ في تحول حب الوالدين واهتمامهما إليه، خاصة إذا كان الطفل صاحب المشكلة هو الأول أو الوحيد.
- البيئة المدرسية المضطربة ، مثل تهكم المدرسين وسوء المعاملة والعقاب للأطفال.
- إثارة المنافسة غير العادلة بين الأطفال.

11- عدم تحقيق الأمن والأمان للطفل :

فتحقيق الجو المنزلي المستقر ، والعلاقات الأسرية المتينة والجو العائلي الآمن ، أول شرط من شروط إرضاء الحاجة إلي الأمن عند الأطفال وإزالة خوفهم من فراق أحد الأبوين أو شجارهما ، ومن ثم يفقد الطفل الشعور بالاستقرار والأمن مع المنازعات بين الوالدين وتسلطهم في معاملته ، بحيث يرصدون كل حركاته وحريته ، ويقذفونه بوابل من النقد والتوبيخ أو يفرقون بينه وبين غيره من الإخوة، كما أن الاهتمام الشديد والانزعاج قد يكرس الخوف في نفس الطفل ، ويدعم إحساسه بالخوف ، بينما غض الطرف وإهمال الموقف وعدم التركيز يخفف من وطأة التأثير علي مشاعر الصغير.

12- الصدمات :

إن الصدمة الانفعالية تحدث، عندما يؤدي التوتر العقلي أو الإصابة الجسدية إلي أكثر من مجرد خوف عابر ، بل إلي هلع شديد ومستمر.

إن التجارب المرعبة تؤدى إلي الخوف، فعندما يعض حيوان معين طفلاً ما، نجد أن الطفل بـدأ يخاف من كل الحيوانات وبالأخص ذلك الحيوان والمواقف كلها طبقاً لما يسمي مبدأ " التعمـيم" أي إن الخوف يتم تعميمه إلي أشياء ومواقف أخرى إن بعض البرامج والأخبـار والمسلسـلات التي يبثها التلفزيون أو تنشرها الصحف يثبت الرعب والهلع والخـوف فـي قلـوب ونفـوس الأطفال ، مما يجعلهم يظنون أن العالم كله مكان مخيفاً وغير آمن .

13- الغضب:

إن استفزاز الأطفال وإساءة معاملتهم ومعاقبتهم يثير غضبهم ، ويجعلهم يتمنـون الانتقـام مـن الكبار وإلحاق الأذى بهم ، كذلك فإنهم يشعرون بأنهم مكروهون من عائلاتهم ، ومرفوضون من الآخرين ، ويساورهم الخوف من العقوبة والشعور بالذنب ، ثم سرعان ما يكبر وينمـو حتـى يصبح مشكلة انفعالية صعبة (الخطيب،1998: 60)

14- الاستجابة القوية :

يستجيب بعض الأطفال بقوة للأصوات العالية كالحركات المفاجئـة، لأن أجهـزتهم العصـبية المركزية أكثر حساسية واستجابة من أجهزة الآخرين ، أي إن ا سبحانه وتعالي خلقهم هكذا ، إن مثل هؤلاء الأطفال أكثر عرضة للخوف من سواهم وقد يتحول خوفهم إلي "فوبيا" شديدة في المستقبل ، تؤثر سلباً علي حياتهم ، وتجعلهم يشعرون بأنهم مسلوبو الإرادة ضعاف الشخصية ، بل وتجعلهم يخافون من مصائب قادمة أو مشكلات متوقعة (سليمان،2005: 105)

الحادي عشر أنواع المخاوف لدي الأطفال :

للخوف نوعان متمايزان هما : الخوف الموضوعي والخوف الذاتي.

أ - المخاوف الموضـوعية : هي الأكثر شيوعاً بين المخاوف، وهي ناجمة عن سـبب يمكـن التعريف عليه وكثير من الآباء يتعرفون عليه، ولما كان تحديد مصدر هذه المخاوف ليس عسيراً كان التغلب عليها بسرعة أمراً ممكناً (كالخوف من الحيوانات والأطباء والبرق والأماكن العالية والنار والجنود والماء في حوض السباحة أو البحر أو الخوف من النار ومن المدرسة) ، وهـذا النوع من الخوف يحصل نتيجة لتجارب أو خبرات غير سارة حصلت للطفـل سـابقاً أو إثـر سماع الطفل قصة معينة أثارت في ذلك الوقت رداً انفعالياً سيئاً، ويعتبر هذا النوع من الخـوف مفيد أحياناً، فهو يدعو إلى الحيطة والحذر من بعض مصادر الخطر أو المواقف التـي يلاقيهـا الطفل في حياته، فمثلاً خوف الطفل من النار يجنبه مخاطرها، وخوفه من السيارات أيضاً يمكن أن يجنبه حوادث السير، وهكذا،ولكن إذا زاد عن حده فإنه يمكن أن يصبح خوفاً مرضياً ويشكل عويصة للآباء والأطفال (دبابنة و محفوظ ، 1984 : 168).

ب - الخوف الذاتي : ويكون عاماً وغير محدد وليس واقعياً،وكثير من الأحيان لا يمكن تحديد أسباب هذا النوع من الخوف إلا بعد وقت طويل ودراسة دقيقة ، ولعل أهم هذه المخـاوف هـو الخوف من الموت، والخوف من الظلام، وكلاهما يعاني منه كثير من الأطفال، والخوف أيضـاً من الغيبيات المجهولة كجهنم والغول والعفاريت والجن وغيرها، فمثلاً تكون الأفكار الغامضـة غير المحددة عن الموت أساساً لقدر كبير من القلق العقلي عند الأطفال يفوق ما نسلم به عـادة، ومن الأمثلة على ذلك طفل في الرابعة من العمر كان يعتريه الهم ويقاسي الأسى والجزع لأنـه كان يخشى أن يدفن في بطن الأرض حياً، وكان مصدر هذا الخوف قصة سمعها عن لصـوص للمقابر شرعوا ببتر أصابع سيدة دفنت حديثاً كي يحصلوا على جوهرها، فإذا بهـا تعـود إلـى الحياة وكان الناس قد ظنّوا أن أجلها قد انتهى (الزعبي ، 2000 : 152)

كما أن العادات والتقاليد في المجتمعات العربية تبالغ في طقوس الحزن عند وفاة شخص عزيز، فكثرة البكاء وإظهار الآلام والعزاء لعدة أيام كلها تجعل الطفل يقظاً يقظة شديدة للموت، وهذا قد يجعله يتوقع حدوث الموت له، وخصوصاً إذا كان قلقاً، كما يؤدي إلى أن يحلم أحلاماً مزعجة عن الموت وهكذا **(** جرجس ، 1993 : 22)

الثاني عشر أبرز أنواع المخاوف عن الأطفال:

من أهم المظاهر الانفعالية لهذه الفترة هي ما قد يعانيه الأطفال من مخاوف، ذلك أنها يمكن أن تكون أكبر عائق في سبيل نموهم الصحي السليم، ومن أبرز هذه المخاوف نجد :

1 - الخوف من البقاء منفرداً في البيت :

حيث يخاف الطفل أن يتركه أهله وحده في البيت، ولو تعمقنا في البحث عن سبب هذا الخوف فإننا نرى أن معظم الكائنات الحية تستمد الإحساس بالأمان من مصدرين اثنين هما القوة الشخصية وولاء وقوة المحيطين أو الحلفاء، وهذه حال الطفل الصغير الذي لا حول له ولا قوة، وهو يستمد قوته من حلفائه الذين هم الأهل طبعاً في هذا المجال، وترك الطفل وحيداً ولو لوقت قصير يجعله محروماً من هاتين القوتين، فهو حتى إذا أراد الحصول على طعامه فسيجد نفسه غير قادر على ذلك، ويعتبر أحد علماء النفس الأمريكيين أن "العزلة هي المصدر للرعب في الطفولة المبكرة" (جرجس ، 1993 : 23)

أما إذا تُرك الطفل من قبل أمه بسبب ظروف عملها خارج المنزل فلا خوف من ذلك بشرط أن تمنحه المحبة الكافية وتُشعره فعلاً بأنها تحبه، وألا تعامله كأمر واقع مفروض عليها، وأن كل ما يطلب من الأم هو تأمين مأكله ونظافته وملبسه ووسائل التسلية والراحة. وقد يكون أهم من ذلك كله هو منح المحبة، فإذا منحت هذه المحبة بطريقة موضوعية ومعتدلة دون إفراط ثم استُكملت

بأن تترك الأم الطفل مع أناس موثقين ومحبوبين من قبله فإن ذلك لن يتسبب في مخاوفه طالما أنه متأكد من أن أمه ستعود إليه في وقت محدد (ملحم ، 2002 : 58).

كما أن بعض الأهل وعلى غير علم يزرعون الخوف من البقاء في البيت وحيداً في نفوس أطفالهم وكأنها قصاص لهم كأن يقول أحد الوالدين للطفل : (إن لم تكفّ عن عمل ذلك سوف أتركك وحدك في البيت)، وفي هذه الحالة تصبح مسألة الترك وحيداً في البيت بالنسبة للطفل بمثابة التهديد المرعب الذي ينطوي على القصاص، والقصاص غير محبب لأن المقصود فيه الإيذاء والإيلام، ولذلك ينصاع الطفل للأوامر بمجرد تهديده بهذا الأمر المرعب وهو البقاء وحده في البيت (الشحيمي ، 1994 : 102)

2 - الخوف من الحيوانات :

هذا النوع من الخوف مشترك عند معظم الأطفال، وتتضاءل حدته مع نمو عقل الطفل ومع فهمه لطبيعة بعض الحيوانات، وخاصة الأليفة منها وتوطيد العلاقة بها، لكن قسماً كبيراً منهم ترافقهم هذه المخاوف حتى مرحلة النضج والرشد، فيبقى خوفهم من الحيوانات الصغيرة والكبيرة المتوحشة منها والأليفة، وينشأ لدى الأطفال في سن ما قبل المدرسة خوف من الحيوانات وخاصة القطط والكلاب، وليس ثمة سبب للسخرية من طفل مرتعب أو إكراهه على الاقتراب من كلب حراسة مزمجر ومكشّر عن أنيابه. ويثبت من التجارب أن تعويد الطفل على ملاطفة الكلاب وإطعامها بصورة تدريجية (حيث نقدم جراء للطفل كي يلعب معها ومساعدته بالتدريج وبمعدله الخاص على التعرض لكلاب أكبر فأكبر بالتدريج حتى يكتسب مزيداً من الشجاعة)، فالتعاطي مع هذه الحيوانات كمخلوقات ضعيفة وهو القوي الذي يقدم لها العون والحب والرحمة لكونها ضعيفة يؤدي إلى الألفة المطلوبة بين الطفل والحيوانات، ومن ثم يزال الخوف من نفسه وتُستبدل المشاعر بنقيضها .

وغريب خوف الصغار من الحيوانات الأليفة من كلاب وقطة وقد راقب مرة أحد علمـاء الـنفس لدى الأطفال صغيراً يجفل ويرتعد من الحمامة، وفي موقف آخر كان الطفل نفسـه قـد ابتسـم عندما رأى لأول مرة كلب ينبح بشدة فقال : (آه إنه يسعل) (عبد الرازق ، 1971 : 40)

3 - الخوف من الظلام :

إن خوف الطفل من الظلام بدرجة معقولة خوف طبيعي لأنه يجعله يعيش في المجهـول فـلا يمكنه التعرف على ما حوله فيخاف الاصطدام بشيء ما أو الإصابة من شيء ما يعترضه، أمـا الخوف المبالغ فيه من الظلام لارتباطه بذكريات مخيفة كالغولة والعفاريت والجن واللصـوص فإنه خوف مرضي لا يستند إلى أساس واقعي، ومن الصعب ضبطه أو التخاص منه أو السيطرة عليه، وهذا النوع من الخوف يجعل الطفل قلقاً ومضطرباً، وإن ما يثير الخوف هو الأمور التي ينسجها خيال الطفل ويدفعه إلى الظن باحتمال وقوعها في الظلام. والطفل الخيالي قد يخرج من عقله كل أنواع المواقف المفزعة فتبدو له حقيقة لا شك فيها مع أنها من نسيج خيالـه فيفـزع. وكثير من القصص التي يسمعها الطفل في الأماكن الساكنة التي يحيط بها الغمـوض والظـلام سيؤدي إلى ربط الظلمة بالغرائب والمعجزات، لاسيما إذا كان الطفل ينام وحده في غرفة مظلمة فيشطّ خياله وتقوده الوحدة والظلمة إلى تلك الأقاصيص التي كان مسروراً لسماعها في النهـار، ونتيجة لخياله الواسع فقد يرى الأشكال أشباحاً فيخاف منها، كما أن خوف الأهل من الظلام ينقل العدوى عن طريق الإيحاء، و عملية التخريف التي يمارسها الأهل والأخوة بطريقـة المداعبـة وخصوصاً أثناء الظلام (جرجس ، 1993 : 22)

كما أن كثيراً من الأهل يقومون بتعليم أطفالهم الخوف من الظلام، فعندما ينام الطفل في غرفـة وحده يطفئ الضوء وعندما يشعر بألم أو بحاجة ما سيصرخ طالباً أمه وستهرع لنجدته وتضيء النور لمرد وصولها إلى غرفته وتقوم بمواساته بمحنته فيحدث الإشراط بين وجود الأم ورعايتها

وبين الإضاءة ويعلّم الطفل الخوف من الظلام، ومن الأفضل في هذه الحالة ولتجنب الإشراط أن تدخل الأم إلى الغرفة دون إضاءة النور وتعيد الاطمئنان إلى الطفل، حتى إذا تأكدت من زوال المشكلة يمكنها إضاءة النور، وقد يتعلم الطفل الخوف من الظلام بسبب رؤيته لأفلام الرعب الليلية في التلفزيون، لذلك يجب تجنيبه هذه المواقف. لذلك يجدر بالآباء مناقشة الأطفال حول الظلام وإقناعهم دون إصرار أو إرغام بأن الظلام لا يدعو إلى الخوف، وعندئذ يجب تدريبهم على النوم في الظلام، ويتم هذا تدريجياً، كما يجب طمأنة الطفل أنه لن يصيبه مكروه لو استيقظ ليلاً وذهب إلى دورة المياه وإرشاده كيف يمكنه إضاءة الجرة أو دورة المياه ثم إطفاؤها ثانية، ويمكن أن يزود الطفل ببطارية توضع قرب سريره للغرض نفسه، وهكذا بالتدريج يمكنه التخلص من هذا الخوف (شفير ، 1989 : 74) .

4 - الخوف من(الروضة) المدرسة:

عندما يبلغ الطفل الرابعة من عمره يكون على قدرٍ كافٍ من النضج ويجب تسجيله في رياض الأطفال، وإن رفض الطفل الذهاب إلى الروضة ليس أمراً نادراً، فكثيراً ما يحدث هذا الأمر، والسبب يعود في ذلك إلى أن الطفل لم يتعود الانفصال عن أمه وخصوصاً الأم التي تهتم بالطفل كثيراً والتي تكون متعلقة به، فالطفل يخاف من الانفصال عن أمه ومنزله في حقيقة الأمر، وليس السبب هو الخوف من المدرسة بحد ذاتها (جرجس ، 1993 : 45)

إن الأطفال الذين يكشف سلوكهم عن خوفهم في أول يوم لهم في الروضة ليسوا بالضرورة سيئي التكيف، فبعض الأطفال الذين لا يبكون ولا يتشبثون بأمهم أكثر من هؤلاء الذين يفعلون هذا، إن أول تعبير عن الخوف لا يشير بالضرورة إلى صعوبات في المستقبل، وتكرار التعبير عن الخوف لا يثبت بالضرورة أن الطفل خائف بصفة خاصة، فعادة ما يتلاشى التعبير الصريح عن الخوف مع نمو الطفل ،لذلك يجب على الأهل ألا يصروا على الطفل أن يعود إلى الروضة

وإلا فإن المشكلة ستتفاقم وتصبح صعبة وستحتاج إلى جهود كبيرة للقضاء عليها، فمن الممكـن أن تكون الأم هي السبب في خوف الطفل من الذهاب إلى الروضة لسبب غير مباشر لانزعاجها من انفصالها عن طفلها، وعندها لا تكون العلّة في الطفل وإنما في الأم. كذلك من الأسباب التي وراء خوف الطفل الضعف العقلي أو الضعف في الحواس كعدم القدرة على سماع الـدرس إذا كان الطفل يعاني من مشكلة سمعية، أو عدم القدرة على رؤية السبورة لضعف البصـر، وقـد يكون السبب في الاعتماد الزائد على الأهل أو توتر الطفل نتيجة المواقـف الأسـرية الخاطئـة كالحماية الزائدة أو النبذ أو طلب الأهل من الطفل أكثر من طاقته في الدراسة، كذلك التهديد من قبل المعلمة بوضع الطفل الكسول في غرفة الفئران وغير ذلك، كل ذلك يـؤدي إلـى رفـض المدرسة والخوف منها (ولمان ، 1991 : 93)

5- التهديد بالعقاب والخوف :

حينما يستطيع الطفل المشي سيأخذ في الاهتمام واللعب بكل ما يقع تحت بصره ومـا يسـتطيع الوصول إليه ، وهنا تبدأ فترة الأوامر والعقاب وتهديد الطفل بالعقاب يولد فيه الخوف ويجعلـه يشعر بأنه سيؤذى إذا كسر إحدى القواعد التي وضعتها له أمه ، والتي لا يفهم لها سبباً ، وهـذا التهديد من جانب الأم يترجم داخل نفسه علي أنها لا تحبه لعل الشئ الذي لا يخطر ببـال الأم دائماً أنها لا تستطيع في أى حال من الأحوال الوصول إلي النتيجة ، التي تريدها بطرق أخـري بسيطة ،وأن أكثر الأطفال يستجيبون لكلمة "لا " إذاً فهم السبب، ولكن ذلك لا يحدث دائمـاً فقـد يثير طفلك عاصفة هوجاء، إذا حاولت منعه عن عمل ما ولكنك ستفاجئين في كثير من الأحيـان بامتناعه ، لو حاولت شرح هذا الأمر له ، فحتي الطفل يبلغ عاماً واحداً يستطيع أن يفهم لمـاذا يصرح له بأن يعض دميته ولا يعض ذراع أخيه أو أبيه ،وكثير من هـذه المضـايقات يمكـن تجنبها بقليل من الفهم ، فالكتب التي يمزقها الطفل يمكن إنقاذها لا بعقابه ، بل بإعطائه جريـدة

قديمة بدلاً منها ، وبهذه الطريقة يفهم الطفل أنه يستطيع أن يعمل ما يريده بطريقة أفضل بكثيـر (سليمان،2005: 89).

6- الخوف من المرض :

يحدث الخوف الحاد اضطراباً في السلوك، قد يعوق تحقيق أهداف الفرد فيزداد بالتـالي تـوتره واضطرابه ، وعندما لا يصل إلي تفسير معقول لمخاوفه ينظر إلي نفسه كشخص يختلف عـن الآخرين ، أي أنه غير طبيعي ، والذين يشعرون باضطراب سـببه غيـر واضـح أى لـيس لمخاوفهم سبب معقول ، يسهل التأثير عليهم وتحويل مشاعرهم إلي اتجاهات أخري قـد تكـون مرحاً ونشوة أو غضباً .

فقد تميزت بعض النساء بخوف مرضى من الفئران ، وعندما أوحي إلـيهن بـأن الاسـتجابات الانفعالية التي يعيشونها بسبب الفئران كانت رد فعل لعقار، يقوم بعض الباحثين بتجربته لدراسة تأثيره حدة الإبصار ، أصبحن أكثر قدرة علي الاقتراب والإمساك بفئران التجارب المعملية.

وهناك بعض الأفراد الذين يتميزون بخوف قوى غيـر معقـول مـن بعـض الاضـطرابات الفسيولوجية، لأنها ترجع إلي قوى خارجية تعمل علي إيذائهم، وعندها يتقبل الفرد مثـل تلـك المعتقدات الشائعة في مجتمعه حول الأسباب الخارجية للأمراض كالأرواح الشريرة والسـحرة وغير ذلك ، وبعض الأمراض غير القابلة للشفاء واحتمالاتها، فمن السهل أن ندرك كيف يتقبـل مصيره كأمر مفروض لا علاقة له بكل القوانين العلمية ، ويدعم مثل هذا التفكير أو مثـل هـذا الشعور بالعجز والاستسلام لأفراد جماعته التي يشيع بينها مثل هذه الاعتقادات ، وإذا ما خـرج علي هذه المعتقدات وأنكرها نبذوه ، ومن أهم وظائف التربية الحديثة تأكيد مفهوم قدرة الإنسان علي التحكم في بعض العوامل الطبيعية المحيطة به وتحقيق رسالته في هذه الحياة ،فمثلاً لو أن مرض السرطان قد تبين علمياً أنه يصيب الحيوانات بعد فترة طويلـة مـن التنبيـه العصـبي

واليقظة الحادة والكبت والشعور بالعجز ، فمن السهل أن نتوقع مدى الخوف الذي ينتاب الفـرد الذي يعتقد أنه محطم ، وما يمكن أن يؤدى إليه هذا الاعتقاد مـن صـدمة مـدمرة أو مـوت محقق(ملحم ، 2002 : 45).

7- الخوف من فقدان العطف:

يعد الخوف من فقدان العطف قلقاً أساسياً ، وأغلب ما يعانيه الأطفال من مخاوف ينبع من هـذا القلق ، وقد يكون أول ما يتعلمه الطفل من خوف ، فكل المخاوف الأخرى يمكـن ردهـا إلـي خبرات حديث للطفل في الشهور الأولي من حياته حين كان ارتياحه متوقفاً علي حب أمه لـه ، ولا تقتصر هذه الخبرات علي ما حدث للطفل ، بل يدخل في ذلك شعور المحيطين نحوه.

أ-الغذاء والحب:

أول سبب عدم ارتياح الطفل هو الجوع أو الخوف من ألا يحصل علي ما يكفيه مـن الغـذاء، الذي يمكنه من الاستمرار في الحياة ، ودون وجود شخص يهتم بالطفـل ويعطـف عليـه، لا يستطيع أن يحصل علي الغذاء ، وإذا توافر هذا الشخص كان محبوباً لـدى الطفـل، ويصـبح للارتباط بين الطعام والعطف أثر عميق في اتجاهاتنا العقلية وتصرفاتنا في الحياة عندما نكبر ، وأصبح أكل الخبز رمزاً للمحبة والصداقة الدائمة ودعوة الغير للأكل مظهراً للتقدير والمحبـة ، والخوف من عدم الحصول علي القدر الكافي من الطعام شعور يستمر معنا طول حياتنا ، فعندما نعلم بنقص في سلعة ما نسارع إلي تخزين ما يقع تحت أيدينا منها، ومجرد وجود الطعام يعطي شعوراً بالأمن النفسي ، فضمان الغذاء ضروري ، ويجب أن نطمئن الطفل دائماً علـي وجـود الغذاء ، وألا نستعجله أثناء تناوله لوجبة طعامه حتى لا نبذر بذور الخوف في نفـس الطفـل ، الأمر الذي يعوقه عن التغلب علي مشاكله الحيوية بعد ذلك ويعطل نموه.

ب- الانفصال عن الأم :

يعد انفصال الطفل عن رعاية أمه تهديداً لسلامته ، ولكي يتحمل هذا الانفصال يجب أن يعـرف عن طريق التجربة الشخصية أن الأم ستعود إليه حتماً في أي وقت ما ، وأنه سيلقي العناية مـن شخص آخر بالاهتمام نفسه ، مثل هذا الشعور يسبب له ارتياحاً نفسياً ، وإلا سيعتقد أنه لن يجد الراحة ، وأن الأم لن تعود إليه مما يزيد مخاوفه. فالانفصال عن الأم يمكـن أن يـؤثر علـي مستقبل حياته ، ولكن إذا كان رجوع الأم مرتبطاً بعودة أمنه وطمأنينته ، كانت الأمور يسـيرة غير باعثة على الخوف والقلق، ولكن الانفصال المتكرر الطويل قد يحدث جرحاً انفعالياً لا تلتئم وأحياناً ما يهدد الوالدان طفلهما بالانفصال عنه، وقد يسلك تبعاً لذلك سلوكاً يرضيهما ويتجنـب ما يسبب افتراقهما عنه، ولكن هذه التهديدات قد تسبب في نفس الطفل شعوراً بالقلق ناجماً عن اعتقاده بأن والديه سيختفيان عنه يوماً ما، وتستطيع الأم أن تقلل قدراً كبيراً من قلق أطفالها، إذا عملت دائماً أن تحول بينهم وبين شعورهم بأنهم مهددون دائماً بخطر انفصـال أمهـم عـنهم ، فالانفصال هو أعظم المواقف في نظر الأطفال تهديداً لسلامتهم (منصور،1984: 82).

8- الخوف من الأماكن المفتوحة :

ويطلق عليها العلماء أيضاً "فوبيا" الأماكن المفتوحة وهي شائعة عن الأطفـال، ويـرى بعـض العلماء أنها إزاحة لمشاعر العدائية تجاه الوالدين أو خوفاً من الحفزات العدائيـة للطفـل نفسـه والأطفال يميلون إلي تأويل كل ما يقوله الآباء بطريقة حرفية فالطفل الذي يسمع أمه وهي فـي حالة غضب تقول : سأقتل نفسي لارتاح من هذه الحياة فأن الطفل غالباً ما يكتسب في لاوعيـه حقيقة حدوث هذا الأمر في وقت من الأوقات، وربما تكون ملازمة البيت وخوفه من الخـروج منه هي بدافع لا شعورى ، لمنع الكارثة التي ستحدث للأم حسب توهمه ، والأم التـي تتعلـق بولدها ، مرددة أنها تشعر بالتسلية بقربة ، والانزعاج لغيابه لا يتردد هذا الطفل مـن ملازمـة

البيت لمنع القلق عن أمه فيصاب فيما بعد بالفوبيا، حيث يكون خوفه تعبيراً مزاحاً لقلب الأدوار بمعني أنه ينزعج علي والدته بدلاً من انزعاج والدته عليه (كريم ،2005 : 85)

9- الخوف من الوحدة :

الإنسان اجتماعي بطبيعته فنحن نبحث دائماً عن صحبة الآخرين كشركاء حياة في حالة الزواج وكأصدقاء وكزملاء عمل أو دراسة أو لعب أو كزملاء في جماعة رسمية ، ومن الصـعب أن يعيش الإنسان بمعزل عن الآخرين وقليل جداً من الناس من يمكنه أن يعيش بمفـرده ، ومـنهم النساك والرهبان وهي حالات شاذة ، ولعل ما يعانيه السجين في سجنه الانفرادي من حرمان من تقبل الناس له لتعبير صادق عن الطبيعة الاجتماعية للإنسان، فحرمان الفرد من فرحته الوجـود مع الآخرين هو أقسي عقاب له ، ويعيش الإنسان في جماعات وتقوم حياته علي الأمـن الـذي يستمده من الجماع ، ويذكر علم الاجتماع أن تجمع الإنسان مع غيره من الناس فـي جماعـات يرجع إلي غريزة التجمع ، والرعية هي البيئة الطبيعية العادية للإنسان وسيشعر الفرد الـواعي بالارتياح في الوجود الطبيعى للزملاء وبعدم الارتياح في عدم وجود الـزملاء ، وأن الوحـدة ليست في صالحه فهي رعب حقيقى ومصدر لكثير من متاعبه، إن غريزة التجمع كما يسـميها علماء الاجتماع تبدو واضحة في الأنواع التالية من السلوك التجمعي للإنسان:

أ- الخوف من الوحدة سواء البدنية أو العقلية .

ب- الحساسية الزائدة لنداء الجماعة أكثر من أي مؤثر.

ج- انتقال عواطف الجمهرة للفرد سواء في حالة عنفها أو في حالة رعبها.

د- الخضوع لتأثير قيادة الجماعة .

هـ - الاعتماد علي كونه معروفاً بأنه عضوي في الجماعة .

و- وتزداد مشاركة الفرد للجماعة كلما ازداد مستوي الخوف لديه، تشير البحوث العديدة إلي أن العزلة أو البحث عن المشاركة ، والخوف من الوحدة كالخوف من الظلام ينشأ من شعور الطفل بعدم السعادة ، وينشأ نتيجة الألم والضيق اللذين ينتابان الطفل عن شعوره بالوحدة والإهمـال ، فيخاف من أن يترك وحيداً. ويتعلق الخوف من الوحدة بالشعور بالحرمان من العطـف أيضـاً والشعور بأنه غير محبوب من أحد ، فالطفل في حاجة لتشجيع الكبار له وعنايتهم به طوال مدة نموه ومعاونتهم له علي السلوك الذي يتصف بالشجاعة . وعندما لا يجد الطفل الرضا من الكبار يلتمسه في الأشياء التي يمتلكها فيحبها ، ويخلع عليها الإعجاب والعطف اللـذين يتـوق إليهمـا واللذين حرم منهما ، فالعطف يجعل الأطفال يشعرون بأهميتهم، وهذه الأهمية تسـاعدهم علـي تنمية رغبتهم في محاولة أشياء جديدة ، بل وتساعدهم علي النمو ، ويزداد تعلق الطفل بعطـف الآخرين وإعجابهم به وتشجيعهم إياه (سليمان،2005: 101)

10- الخوف من الحديث أمام الناس:

هناك الخوف من الحديث أمام الناس وخاصة أمام المعلمين، وهذه الظاهرة تعرف عنـد العامـة بالخجل أو الحياء ، وهي شكوى تتردد لدي بعض الأطفال ويرتعدون خوفاً في حـين يتمتعـون بطلاقة الحديث في منازلهم ، ويشعرون بالتلعثم أمام المدرسين، وهذه حال الذين يقفـون أمـام المذياع في طابور الصباح، حيث يعتريهم الخوف والارتباك والتردد، وهـذه الظـاهرة يمكـن علاجها عند الأطفال أو عند الكبار بتعود القراءة منفرداً ، وبصوت عالٍ ، والوقوف أمام المرآة في الطبيعة أو أمام الأهل، والقيام بإلقاء كلمة، أو قصيدة أو مقطوعة شعرية مثلما فعل الخطيب اليوناني الذي كان يقوم بإلقاء الخطب أمام الصخور والأشجار فتحول إلي خطيـب مفـوه مـن أفضل الخطباء في عصره وأكثرهم فصاحة، وكان من قبل ألكن اللسان.

11- الخوف الناجم عن الحرب والغارات الجوية:

وبما أننا نعيش هذه الأيام حالة من الأسى علي أطفال العراق علي الحرب التـي فـي بلـدهم . فهناك نوع من الخوف، وهو الخوف الناجم عن الحروب ، وتبين احدي الدراسات التي شـملت 44 طفلاً تعرضوا للغارات الجوية علي مدينة لندن في الحرب العالمية الثانيـة أن 60% مـن هؤلاء الأطفال ظلوا يعانون لسنوات طويلة من الخوف ، وأن الاضطراب النفسي الذي نجم عن افتراقهم عن أمهاتهم كان أعمق بكثير من خوفهم من صوت القنابل المتساقطة عليهم.

12- الخوف علي الآباء

هذا النوع من الخوف عند الأطفال غالباً ما يكون مرافقاً لظاهرة القلق الدائم ، وينتاب الأطفـال الذين ينتمون إلي آباء من ذوى المراكز السياسية المرموقة أو من أصحاب الثـروات ، أو مـن المرموقين المحسودين في مجتمعهم.

ويشير علماء النفس إلي ظاهرة أخري من مخاوف الطفل علي والده فقد تكون أحياناً تعبيـراً لا واعياً عن مشاعره العدائية نحو هذا الوالد، وخوفه من أن تتحقق هذه الرغبة عن طريق إنسـان آخر، وهذا يدل علي صراع داخلي يعانيه الطفـل إنـه خـوف مـن أفكـاره ورغباتـه هـو (النجار،1998: 85).

13- الخوف من الغرباء

يتضايق معظم الأطفال خاصة بين الشهرين الخامس والثامن مـن اقتـراب الغربـاء مـنهم ، ويعبرون عن ذلك بالعبوس والصراخ والابتعاد، ويبلغ قلق الرضيع من الغريب ذروته في نهاية السنة الأولي ،و السبب في ذلك أن للطفل في هذا السن قدرة معرفية علي التميز المألوف، ويميز

المألوف حوله خاصة من وجوه البشر، وحسب ردود أفعال الغرباء نحو الطفـل تتكـون الثقـة والأمن أو عدمها .

ويمكن إبراز أهم العوامل التي تظهر الخوف من الغريب علي النحو التالي:

1- مقدار الأمن الذي نما عند الأطفال نتيجة لشكل التفاعل بين الرضيع والحاضن، فالخوف من الغريب يتناسب عكسياً.

2- الظروف والملابسات الاجتماعية وغير الاجتماعية المحيطة بموقف المواجهة بـين الطفـل والغريب ، هل تمت المواجهة في مكان مألوف أم غير مألوف.

3- الطرق التي يسلكها الغريب نحو الطفل، فالاقتراب هل تم بشكل مفاجئ أم بشكل عادى

4- بعض الصفات الشخصية للغريب ، من حيث الجنس، العمـر، المظهـر العـام، كـالحجم والشكل.

إن النمو الطبيعى للطفل يتميز بمروره بعدد من المرحل ، وهذه المراحل لها صفاتها المميزة من حيث تطور القدرات الجسمية والعقلية والسلوكية، ويمر الطفل بمرحلة الخوف مـن الأشـخاص الغرباء منذ الشهر السادس وحتى السنتين والنصف من العمر، وهذه مرحلة طبيعية كمـا ذكـر سابقاً، ويظهر بعض الأطفال نوعا من الخوف والاعتماد علي الأهل عند اللقاء مع الأقربـاء أو الأصدقاء أو الأشخاص الغرباء ، وهذا الخوف حالة طبيعية في كثير من الأحيان.

وتنتشر هذه الاضطرابات أكثر بين الأطفال الذين لديهم أمراض جسـمية شـديدة والتشـوهات المختلفة، وغير ذلك من العاهات الجسمية مما يصعب علي هؤلاء الأطفال التكيف مع غيرهم.

ومن الأمور المهمة والتي لا تلقي الاهتمام الكافي هي تغيير سلوك الأبوين تجاه الطفـل ، مـن حيث إطلاق الصفات السلبية عليه وعدم إشراكه في بعض المناسبات ،نظراً "لأنه خجـول" ولا يتفاعل ، بل يجب الأخذ بيده وبالتدريج ليزيد من مشاركته وتفاعله، ويحتاج الأبوان إلي الصبر

وبعض الجهد والمعلومات، إضافة لهدوء الأعصاب ، مما يساعدهم علي استمرارهم في خطـة التشجيع المستمر، وتفهم خوف الطفل وقلقه والحوار معه ، وتفهم أحاسيسه وأرائه والعمل علـي تعديلها ، وفيها مزيد من التدريب والاهتمام، ويمكن للعلاج النفسي أن يكون عوناً للأهـل فـي تقدير حالته وإعطائه الإرشادات والملاحظات المفيدة ضمن برنامج علاجي محـدد، إذا كانـت حالة الطفل تستدعى ذلك (نجلاوى،1982: 96)

14- الخوف من الأماكن والمواقف الجديدة:

وقد يخاف بعض الأطفال من الأماكن الفسيحة أو الغريبة أو المظلمة ، وبعض الأطفال يخـاف من الظلمة ويأخذ الخوف صورة الرعب والهلع عنده، وما يرتبط بالأماكن المظلمة من هواجس الجن والعفاريت التي تختزن في ذاكرته مما سمعه من قصص خيالية ، تتلي عليه من قبل والديه أو معلميه، كما نجد بعض الأطفال يخـاف حتـى مـن محـلات الجـزارة أو الصـيدليات أو المستشفيات أو عيادات الأطباء .

15- الخوف من الظواهر الطبيعية:

وهذه المخاوف مؤقتة تختفي مع تقدم الطفل في النمو، مثل الضوضاء والعواصف وغيرها.

16- الخوف من الأخطار المتوهمة:

مثل الأرواح والأشباح ، وهذه أيضاً تختفي عند سن الرشد، ويلحق بهذه المخاوف ، الخوف من الحرب ، اللصوص، المسلحين، وتتحول تلك المشاهد إلي وساوس تنتاب الأطفال ولا تغيب عن أذهانهم .

17- الخوف من ركوب بعض الوسائل:

كأن يخاف الطفل من ركوب المصاعد الكهربائية والطائرات والسفن والسيارات وغير ذلك مـن أدوات الركوب القديمة والحديثة.

18- الخوف من بعض الأدوات :

كأن يخاف الطفل من السكاكين وشكل الحقنة وإبرة الخياطة (ملحم ، 2002 : 41).

19- الخوف من العداوة والنقد:

كأن يخاف الطفل من مشاعر الغضب التي تنتاب الكبار وأصواتهم المرتفعـة والمشـاجرات أو الخلافات العائلية، التي تتبعها في العادة كثير من أنماط سلوك الغضب والانفعال ، كما يخـاف من تجاهل الآخرين له أو نبذه أو توجيه كلمات ناقدة له.

20- الخوف من الامتحانات:

هو ناتج عن عدم الثقة بالنجاح وخشية الرسوب، مما يتبع ذلك من غضب الأهل وازدراء الناس وتشفيهم، والحل يكمن هنا في خلق فرص النجاح.

21- الخوف من أشياء ارتبطت بموقف مخيف

كالخوف من الأرفف نتيجة أن الطفل رأى أمه اصطدمت بها وأصيبت ونزفت ، أو الخوف من العاب المغلقة، نتيجة مشاهدته لأخيه يفتح علبة فيقفز منها فأر أو صرصـار (النجـار،1998: 104).

الثالث عشر الآثار والنتائج السلبية المترتبة علي الخوف:

إن الخوف هو انفعال يكثر تعرض الطفل له ويلعب دوراً يبلغ من الأهمية في تكوين شخصـية الطفل حداً يتطلب أكبر قسط من العناية به وتدبير أمره، فكثير من المخاوف التي لابد أن يلقاها الطفل هي من النوع الهدام المعجز ولا تجديه نفعاً، بل تشتت نشاطه الذي يجب أن يهـدف وأن يستخدم في تحقيق رفاهية الطفل (الطيب،1991: 49)

ويتفق علماء النفس على أن زيادة المخاوف لدى الطفل تعوق حريته وتلقائيته، كما تـؤدي إلـى نقص قدرته على مواجهة توترات الحياة (إسماعيل،1993: 150)

والطفل الذي يخاف ليس من السهل عليه تكوين الأصدقاء، ويفضل أن يبقى مع نفسه ويـرى أن العالم الخارجي من حوله ليس مصدر أمان وطمأنينة له ولذلك فإنه يتجنبه لأنه بذلك إنمـا يقـي نفسه الدخول في مشاكل جديدة تجعله يشعر بالتعاسة، والطفل الذي يخاف لا يستطيع الاعتمـاد على نفسه ويصبح مشلولاً غير قادر على التصرف بمفرده في مواقف الحياة المختلفة في المنزل أو في المدرسة بين أقرانه فيفقد الثقة بنفسه لأنه يشعر أنه غير قادر على أداء أي عمل بنفسـه دون خوف (فهيم،1978: 36)

كما يجب أن يستعمل الآباء انفعال الخوف البنّاء في تنمية شخصـية الطفـل وتعويـده النظـام والواجب دون مبالغة ودون تخويف، وهذا سيساعده على المحافظة على نفسه وعلى التكيف في المجتمع وعلى النجاح في حياته المدرسية ومع أقرانه في البيئة (جرجس،1993: 28)

و كثير من المخاوف التي يلقاها الطفل هي من النوع الهدام المعجز، الذي يشتت نشاط الطفـل الذي يجب أن يستخدم لتحقيق رفاهيته.كثيراً ما يكون الخوف قوة هدامة في تكوين الشخصـية، لهذا يجب ألا نلجأ إلى استخدامه فبعض الآباء لا يكفون عن تحذير أطفالهم من الامتناع عن هذا النشاط ،وذاك حتى لا يلحق بهم الأذى إذا كانت هناك طرق أخرى يمكن اصـطناعها لتحقيـق الهدف المطلوب ،وكثيراً ما يلجأ الآباء إلى التهديد والوعيد كطريقة سهلة ومضـمونة ،لإجبـار الطفل على القيام بأمر ،وما أكثر ما يسمع الطفل مثل هذه العبـارات (لا تجـري وإلا وقعـت) وغيرها من التحذيرات التي لا تفيد ولا تجدي معين أو منع الطفل من الاستمرار في طريق من السلوك الذميم، فبدلاً من أن يوجهونه التوجيه السليم ،فأنهم يهددونه بالعقاب الصارم الشديد ،مما يلحق بشخصية الطفل أذى كبيراً ، وتحطيم ثقته بنفسه وبالمواقف المحيطة به.

المبالغة في استشارة غريزة الخوف عند الأطفال تولد فيهم شعوراً بالخوف من أشـياء طبيعيـة ومواقف إنسانية ،لا مجال للخوف فيها، فرجل البوليس الذي ينبغي أن يلتمس الطفل عند الحماية صار مصدراً للفزع وبدلاً من أن يبينوا لطفل في الرابعة من عمره أن ضوضاءه سوف تـوقظ أبوه الذي يشكو من الصداع ،فأنهم يهددونه بالعقاب الصارم الشديد ووضعه في غرفة مظلمة – إن المبالغة في استثارة غريزة الخوف عند الأطفال تولد فيهم الخوف من أشياء طبيعية ومواقف عادية لا مجال للخوف منها (سليمان،2005: 49)

الرابع عشر مصادر اكتساب الخوف عند الأطفال:

يكون الطفل الصغير في مأمن من مثيرات الخوف إلى حد كبير،ولكن كلما اتسعت البيئة التـي يتحرك فيها يصبح أكثر اتصالاً بأشياء عديدة،يحتمل أن يكون بعضها مخيفاً وبالمثل فإنه كلمـا تقدم إدراكه العقلي في النمو،فإنه يدرك ويتخيل بعض أنواع التهديد الكامنة في الأشياء والمواقف وحتى الناس الذين لم يسبق لهم أن أخافوه أو سببوا له الخوف وكنتيجة لذلك فإن مخاوفه تتعـدد وتميل لأن تكون أكثر شدة.

- وأغلب المخاوف مكتسبة ، ولكن ليست كلها متعلمة بالطريقة نفسها، فهناك نوع يـأتي عـن طريق الإقران المباشر بين الخبرات وبين المثيرات التي تثير الخوف عادة كالأصوات المزعجة والمفاجئة.

- وينشأ البعض الآخر خلال عملية التقليد كالخوف من الرعد والبرق، والذي يكتسب عن طريق تقليد سلوك الخوف الذي يبدو من الآباء أو الزملاء.

- وهناك نوع ثالث من الخوف يتكون عن طريق الاشتراط الناتج من مواجهة موقف غير سار كما في حالة الخوف من الأطباء وأطباء الأسنان والمستشفيات والحيوانات الكبيرة والنوع الأخير من الخوف ينشأ من الخبرات المخيفة التي يراها أو يسمعها الطفل مـن الراديـو والتلفزيـون

والسينما والكتب الهزلية وقصص الجنيات وقد ذكر بعض الباحثين أن مصادر الخـوف عنـد الطفل هي:

أ-خوف الآباء أنفسهم:إن حالات الخوف كغيرها من الحالات الانفعالية تنتقل من فرد إلى آخر بالتأثير أي بالمشاركة الوجدانية ويدخل معها في حالة صدور الخوف من شخص كبير عاقل،عن طريق عامل الإيحاء وهناك من الأدلة مابين أن معظم مخاوف الأطفال تنتج عن التدريب أكثـر ما تنتج عن الخبرة المباشرة ومثال ذلك أن دراسات أثبتت أن مخاوف أطفال ما قبل المدرسـة تقابل المخاوف التي عبرت عنها أمهاتهم ،وتنشأ هذه المخاوف عن طريق التعليم المقصـود أو المقصور من الآباء والأقران وغيرهم.

ب-الخوف من الموت والحزن:الطفل الصغير لا يفهم معنى الموت،ولكنه ينمو عنده كإحسـاس غريزي ناجم عن حسه القوى لأمه أو أبيه من الافتراق عنهما وفقدهما،وبالتالي يسـتحيل علـى الأم أن تخفي أو تحجب فكرة الموت عن الطفل أو تمنعه من التفكير فيه ،فهو إحساس غريـزي عند الصغار والكبار على السواء.

ج-استغلال الخوف في الطفل:إن أسوأ أكثر شيء يضر بالطفل هو استغلال خوفه لإرغامه على تعديل سلوك معين، لما له من عواقب ضارة على عواطفه ونموه النفسي والتهديـد باسـتدعاء الطبيب لإعطاء الطفل حقنة أو عسكري لكي يعاقبه أو يأخذه بعيداً عن والديه وكثيراً ما يجنـى الآباء ثمار هذا السلوك،عندما يحتاج الطفل للعلاج عند الطبيب أو في المستشفى بسبب الخـوف الشديد الذي سبق بتنميته فيه وانزعاجه الذي قد يصل إلى حد الهستريا.

د- خوف الآباء والأمهات على أبنائهم:إن هذا الخوف ينتقل عادة إلي الأبناء فيصبحون بـذلك قلقين خائفين ،على أنفسهم، وفي العادة نجد الأسرة التي يقلق فيها الآباء علي أبنـائهم ، ينمـو الطفل وهو سريع التأثير شديد الحساسية لأقل ألم وشديد الاهتمام بنفسه ، فإذا أصـابه جـرح

صغير تألم وبكي وبالغ في الاهتمام به، وبهذه الطريقة يتضاعف مظهر المرض الحقيقي الـذي قد يكون لديه، فنجد عادة أن أسرة بمجموعها من هذا النوع تكون عادة سـريعة التـأثر كثيـرة المرض ، ويكون أفرادها مفرطين في العناية بأنفسهم.

هـ - تشاجر الكبار والوالدين أو كثرة صخب الأب وغضبه:

إن لهذه البيئة المشحونة مثل هذه التوترات تأثيراً سيئاً لأنها قد تزعزع ثقة الطفل بوالديه، وينشأ كثير من حالات الاضطراب العصبي في الكبر من تزعزع ثقة الطفل بالعلاقات التي بين والديه.

- استخدام الخوف وتوظيفه لحفظ النظام أو لدفع الطفل لعمل معين، أو منعه من القيـام بعمـل معين كالتعب والضوضاء وغير ذلك.

إن تهديد الطفل بالرجل الغول والبوليس أو ما شابه قد يكون وسيلة سهلة للحصول علي توافـق الطفل ، ولكنها مصادر كامنة للمخاوف التي تعيق نمو الطفل ، ويخطئ الآباء عندما يكتشـفون خوف الطفل من أمر معين كالكلاب أو الأرنب.

و- ومن أخطاء الآباء المعروفة :تعميم لاستثارة الخوف في أبنائهم ، فقد يربطونه بـأمر لـم يقصد به أن يكون مخيفاً ،وإنما قصد به أن يكون مفيداً كالطبيب والدواء والمعلم والمدرسة.

هذه أشياء كلها يجب أن تكون محببة للأطفال ،وأن يربوا علي الإقبال عليها من تلقاء أنفسـهم ، ولا يجوز أن تصبح رموزاً للإرهاب ووسائل التخويف والعقاب ،وخوف الطفل مـن المسـائل المجهولة غير الحقيقية أو التي لا يمكن للطفل إدراكها إدراكاً حسياً كالغول وجهنم والموت يكون عادة أعمق من الخوف من المحسوسات،وقد لخص بعض الباحثين مصادر الخوف عند الأطفال في النقاط التالية:

1- الآباء أنفسهم.
2- الخادمة .
4- وسائل الإعلام وأفلام الرعب.
5- القصص الأسطورية.

3- الأصدقاء والمعارف (موريس،1997: 127).

الخامس عشر: الفرق بين مخاوف الأطفال ومخاوف الكبار:

هناك بعض المعايير والأسس التي تفرق بين المخاوف لدي الأطفال عنها عنـد الكبـار ومن أهم هذه الأسس ما يلي :

1- الشدة:

فالطفل الصغير يستجيب بالشدة نفسها لأتفه الأحداث ولأخطر الموقف، وحتى المراهق فإنه قـد يستجيب بانفعال حاد لما يري الكبار أنه موقف إحباطي بسيط.

2- التكرار:

إن انفعال الخوف يتكرر كثيراً، ولكن الطفل كلما تقدم في العمر يبـدأ فـي اكتشـاف بعـض الحقائق ، منها أن عدم التقبل والعقاب غالباً ما يلي أى انفعال حاد، فيتعلم أن يتحكم في انفعالاته، وأن يتكيف مع المواقف الباعثة للخوف ، فيتحكم في اندفاعه أو يستجيب بطريقة مقبولة.

3- قصر المدى:

ينتقل الطفل الصغير بسرعة من حالة انفعالية لأخرى ويرجع ذلك إلي:

أ- تهيئة نوع من الاتزان الانفعالي المستقر بمسح التعبيرات الانفعالية غير المخزنة.

ب- العجز عن الفهم التام للمواقف بسبب عدم نضج الإدراك والخبرة المعدودة.

ج- مدى الانتباه القصير الذي يجعل من الممكن للطفل أن يتحـول إلـي موضـوعات أخـرى بسهولة(شفير ، 1989 : 85).

4- استجابات الطفل تكشف عن فرديته:

يتشابه النمط الاستجابي لكل الأطفال حديثي الولادة وبالتدريج وبازدياد تـأثير عوامـل التعلـيم والعوامل البيئية، فأن السلوك المقترن بالمخاوف المختلفة يصبح ذا خاصية فردية ، فأحد الأطفال

سيجرى مندفعاً خارج الحجرة عندما يخاف وسيختفي طفل آخر خاف والدته ، بينما يستمر طفل آخر في مكانه ويصرخ.

5- تغير شدة الخوف من مرحلة لأخرى:

فالمخاوف التي كانت قوية في عمر معين تضعف قوتها كلما تقدم الطفل في العمر ، بينما تقوى مخاوف أخري ضعيفة ، وترجع هذه الاختلافات جزئياً إلي التغير فـي قـوة الـدافع، والنمـو الإدراكي للطفل ، والتغير في الميول والقيم.

6- يمكن التعرف عليها من خلال السلوك الرمزي:

قد لا يظهر الطفل مخاوفه بصورة مباشرة ، ولكن بصورة غير مباشـرة عـن طريـق عـدم الاستقرار وكثرة الحركة وأحلام اليقظة والصراخ وصعوبات النطق والعصبية، كما فـي حالـة قضمه الأظافر ومص الأصابع (سليمان،2005: 63)

السادس عشر الوقاية من الخوف :

إن مخاوف الأطفال تتكون أغلبها باستثارة البيئة لانفعالات الخـوف وتكرارهـا، و إن علاج الخوف عند الأطفال ليس بالأمر الهين لذلك يجب علي الوالدين أن يقوماً بعمليات الوقايـة مقدما ، وعمليات المقاومة التي تتضمن أشياء كثيرة منها : بث الثقـة فـي نفـوس الأطفـال ، وإحاطتهم بالحب والعطف الذي يحقق لأطفالنا كثيراً من الشعور بالأمن ، ويمكن للآباء وقايـة أبنائهم من الخوف بأتباع بعض النصائح التالية :

1 - تهيئة الطفل للتعامل مع التوتر :

ينبغي أن تكون مرحلة الطفولة فترة تهيئة مستمرة للتعامل مـع المشـكلات المختلفـة وخاصة التوتر، وأن تتضمن الكثير من التطمين والتوضيح والتحذير المسبق مـن المشـكلات

المختلفة والمحتملة، ويجب أن تنمي في الطفل الخبرة والممارسة والتجريب في القيام بـالخبرات السارة غير المخيفة حتى يعتاد أن يتعامل مع مواقف الحياة ليشعر بالأمن والطمأنينة.

ويستخدم الأطفال اللعب للتدريب على التعامل مع المشاعر والحوادث، فاللعب هو الطريقة لتعلم كيفية التعامل مع الخوف. والتعبير عن المخاوف يؤدي غالباً للتحرر منها فألعاب المـاء مـثلاً تؤدي إلى ألفة الطفل للماء، والألعاب الإيهامية تساعد الأطفال من جميع الأعمار على تجريـب طرق بناءة ومرضية للتعامل مع المشاعر الجديدة وما يرافقها من توتر، وتكون هـذه الألعـاب فعالة جداً عندما تكون الصدمات متوقعة ويكون الأطفال مهيئين لها بشكل مناسب، كما أنه يمكن أن تجرى مناقشات حول الخبرات الصادقة، ويمكن لصغار الأطفال أن يقوموا بتمثيلها في لعبهم، ويمكن أيضاً استخدام كتب الأطفال التي تصف تعامل الأطفال الإيجابي مع حوادث مثل العمليات الجراحية أو موت أحد الأقارب أو طلاق الأبوين...الخ، فالقاعدة العامة هـي تنميـة أسـاليب جريئة وفعالة لدى الطفل في تعامله مع البيئة، كما ينبغي تجنب الحماية الزائدة وتشجيع التعامل الفعال مع موضوع الخوف، وليس من المفيد تجاهل حالة الخوف أو إبعاد موضوع الخـوف أو إجبار الأطفال على دخول الموقف المخيف بل يجب أن يعلّم الأطفال إتقان العمل واتخاذ الحيطة والحذر وليس الخوف (حمدي،1998: 135).

2 - التعاطف ودعم الأطفال :

إن إدراك الأطفال أن آباءهم متفهمون ومساعدون يجعلهم يشعرون بأنهم أكثـر قـدرة على التعامل مع المواقف المخيفة، ويساعد الحب والاحترام في نمو الشعور بالأمن لدى الطفـل بعكس التهديد أو النقد المستمر، ويسهم التعاطف في فهم أفكار الطفل ومشاعره ومشاركته فيها، وعندما يعبر الأطفال عن مشاعر الخوف أو الاضطراب فإن على الآباء أن يكونوا متقبلين وأن

يمدوا يد العون لأطفالهم، لأن الأطفال يحتاجون غالباً إلى مساعدة في فهـم اسـتجابات التـوتر وتفسيرها، وأية فكرة أو حادثة تخيف الأطفال يجب أن تناقش معهم في أقـرب وقـت ممكـن، وينبغي أن تصحح المناقشة ميل الطفل للمبالغة أو لتشويه فهمه لسبب الخوف أو معناه، كمـا أن فهم الطفل ونمو مقدرته على التعامل مع الخوف يجب أن يمتدحا، إن استجابة الخوف يجـب ألا تستخدم لمعاقبة الطفل أو ضبطه، فما زال كثير من الآباء يقولون لأطفـالهم جمـلاً مثـل ((إذا عملت هذا مرة أخرى فإن وحشاً سيختطفك))، إن مثل هذه التهديدات تجعلهـم يحسـون بعـدم الأمن، وهذا يصدق بشكل خاص على الأطفال دون السادسة من عمرهم الذين ما زال تمييـزهم بين الحقيقة والخيال ضعيفاً. وينبغي أن يتم التعبير عن الخوف وليس تجاهله أو السخرية منـه، فالأطفال يحتاجون إلى طمأنينة حول مخاوفهم من موضوع كالموت مثلاً، ويجب الانتباه إلى أن الاهتمام المبالغ به لا يساعد والحماية الزائدة لا تعطي الأطفال فرصة لكي تتكون لديهم الكفـاءة ويشعروا بها أكثر فأكثر (ملحم،2002: 135)

3 - التعرض المبكر والتدريجي للمواقف المخيفة :

يحتاج الطفل إلى أن يخبر بشكل تدريجي الأفكار أو الحوادث الجديدة المخيفة أو التـي يحتمل أن تكون كذلك. فمثلاً عملية التوقف عن إضاءة الغرفة في الليل أمر إيجابي، ولكن يجب أن يتم ذلك عن طريق خفض الضوء بشكل تدريجي ليلة بعد أخرى أو إغلاق الباب على نحـو متزايد في كل ليلة حتى يشعر الطفل بالارتياح للنوم في الظلام. كما ينبغي اصطحاب الطفل في زيارات لعيادات الأطباء وأطباء الأسنان قبل أن يحتاج إلى فحص أو معالجة كـي يشـاهد مـا يحصل في هذه العيادات ويزود بمعلومات يجدها مثيرة، وأن يشاهد طفـلاً سـعيداً يعـالج دون خوف. ولأن الأطفال نشطون ولديهم الكثير من الطاقة يمكن أن يشجعوا ليلعبوا بدمى الحيوانات ويرمونها حولهم. فالمواجهة التدريجية التي تتم عندما يكون الطفل مرتاحاً يؤدي إلـى إشـراط

الطفل بشكل بطيء بحيث يتعامل مع المخاوف البسيطة ثم ينتقل لمواجهة مواقف أكثر خطورة. فمثلاً إن مشي الطفل في ممر طويل تكون فيه الإضاءة خافتة يعطيـه تـدريباً علـى مواجهـة المخاوف ويمكن أن يرافقه أحد الكبار في البداية أو أن يستخدم مصباحاً يدوياً ثم يـتم تخفـيض الدعم شيئاً فشيئاً بصورة تدريجية (بشناق ،2001: 115)

4 - التعبير عن المشاعر ومشاركة الآخرين بها :

عندما يجد الطفل أن هناك من يشاركهم في مشاعرهم في الجو الذي يعيشون فيه فـإنهم يتعلمون أن الهموم والمخاوف هي أمور مقبولة، ولكن يجب عدم المبالغة في ذلك كأن يشـارك الطفل الراشدين في مشاعرهم وأفكارهم وإنما التحدث عن المخاوف الواقعية التي توجـد لـدى الجميع .

ويمكن القول أنه من الأفضل للطفل كقاعدة عامة أن يعبر عن مخاوفه وقلقه بصراحة وانفتـاح بدلاً من أن يخفيها لأن الأطفال الذين يتعرضون للسخرية والنقد ويضطرون إلى إخفاء مخاوفهم يحرمون أنفسهم من أفضل طريقة لمجابهة هذه المخاوف بنجاح ،والأطفال الذين يرون الراشدين يعبرون بشجاعة عن مخاوفهم مما يقلل من غموض المخاوف ومن إحساس الأطفـال بالـذنب حيالها، كأن يقول الراشد (إن هذا البرنامج كان مخيفاً فعلاً، كان يبدو حقيقياً إلى درجـة أننـي شعرت بالخوف من أن تكون سفينة الفضاء في ساحة بيتنا ولا شك أن هذا الشعور سيبقى عندي فترة) ، هذا يساعد الطفل على فهم الخوف وبذلك لا يشعر بأنه منفرد في مشاعره أو أنه خواف وجبان، وأن من الضروري الإصغاء لمشاعر الأطفال باحترام فهم يحتاجون ويستحقون بعـض التعاطف مع مخاوفهم مما سينعكس بـدوره بشـكل إيجـابي علـى النمـو النفسـي للطفـل. (القوصي،1991: 131)

5- الدعم والمؤازرة:

إن تعاون الآباء والأمهات مع أبنائهم وحبهم لهم وسهرهم علـي راحـتهم ، ودعمهـم وتأييدهم والتعاطف معهم ، وتوفير الأمن والاستقرار لهم ، واحترامهم وإعطائهم الحرية التامـة للتعبير عن مشكلاتهم ومخاوفهم ، وإشراكهم في النقاش ، وسماع وتقدير أرائهـم كلهـا أمـور تساهم في رفع ثقة الأطفال وتخويفهم وترويعهم كوسائل لتعليمهم الضبط ، لما لتلك الوسائل من آثار سلبية مدمرة علي سلوك وشخصية الطفل.

6- تقديم نموذج للهدوء والتفاؤل والاستجابة المناسبة :

إن معظم المخاوف مكتسبة، والأطفال لا يولدون خوافين بل إنهم يتعلمون الخوف مـن البيئة المحيطة والأفراد الذين يعيشون معهم لاسيما الوالدين، فالأطفال يبـدون اسـتعداداً قويـاً لاكتساب مخاوف والديهم، فمثلاً إذا لم يتغلب الوالدان على مشكلة خوفهما مـن المـوت فـإن الأطفال أيضاً سوف يتعلمون بسرعة الخوف من الموت، ومن المفيد أن يستمع الأطفـال إلـى عبارات مثل (إن الموت كالولادة جزء من عملية الحياة) أو (كل إنسان فان... وهكذا)، وكثيـر من الآباء يناقشون مفاهيم دينية مع أطفالهم لمساعدتهم على فهم الموت وغيره مـن الحـوادث. وينبغي ألا تناقش المخاوف باستمرار مع أن الإقرار بوجود المخاوف واتخاذ موقف شجاع نسبياً حيالها يقدمان مثالين جيدين يحتذي بهما الأطفال،كما يجب تجنب تكرار التأكيد علـى الجوانـب السلبية في المواقف (ماذا لو) كما يحصل في بعض الأسر حيث يتكرر ذكر الأمور السيئة التي يمكن أن تحدث للناس ويتردد ضمن جو الأسرة مبدأ "وراء كل خير يكمن شر مرتقب". إن مثل هذا الجو سوف يؤدي إلى تنمية اتجاهٍ من الخوف والقلق، فالتشاؤم ينتقل بالعدوى بينما التوجـه الهادئ المتفائل نسبياً يمكّن من التعامل مع الخوف بشكل جيد ودون اسـتجابات مبـالغ فيهـا. (الزعبي،2000: 155).

كما يمكن أن نقي أطفالنا من الخوف بإتباع التالي :

- يجب أن يكون سلوك الآباء متزناً وهادئاً وخالياً من الفزع في أي موقـف مـن المواقـف ، وخصوصاً إذا مرض الطفل أو أصابه مكروه لأن فزع الأب ينقله الطفل إلي نفسه عن طريـق الإيحاء والمحاكاة ، كما أنه يتعلم الاستجابة لمواقف الحياة بالأسلوب نفسه الذي يقابلها الآباء به

- يجب أن نوفر للطفل الجو العائلي الذي يتصف بالهدوء والثبـات لأن الاضـطراب العـائلي يزعزع ثقة الطفل بنفسه .

- علينا إبعاد الخوف عن الأطفال بأن نمنع الانفعالات من أن تنمو نمواً لا نظام فيـه، دون أن يكون لها مثير صحيح أو سبب مناسب ، حتى نحفظ الطفل من الخطر الجسيم أو سخط المجتمع أو نبذه إياه.

- يجب تربية روح الاستقلال والاعتماد علي النفس في الطفل كلما أمكن ذلك ، مما يساعد علي تكوين الثقة بالنفس مع إشعاره بالتقدير وعدم السخرية منه لأي سبب كان ، مع الابتعـاد عـن المقارنة بينه وبين إخوته أو أقرانه بقصد إثارة حماسه للاجتهاد.

- يجب إحاطة الطفل بجو من الدفء العاطفي والمحبة ، يشعر بالأمن و الطمأنينة علي أن يتسم بالعطف والحنان والحزم بدرجه معقولة ومرنة .

- إذا صادف الطفل ما يخيفه أو يزعجه لا نساعده علي نسيانه ، فالنسيان يدفن المخـاوف فـي النفس ، ثم يصبح مصدراً للقلق والاضطراب النفسي ، ولكن يجب أن نتفاهم مع الطفل ونوضح له الأمور ، مما يجعله يهون علي نفسه ، كما يجب دائماً الرد علي أسئلته بالقدر الذي يطمئنـه ويشبع فضوله المحدود .

- يجب إبعاد الطفل عن مثيرات الخوف كالمآتم والروايات المثيرة لانفعال الخوف ، وحمايتـه من الحكايات والخرافات السائدة في المجتمع عن الغولة والجن والعفاريت ، بأن نوضح له بـأن هذه الأمور خالية وخرافية (سليمان،2005: 116).

7- استغلال الخوف عند الأطفال:

أن أسوأ الأشياء وأكثرها ضرراً علي الطفل هو استغلال خوفه لإرغامه علـي تعـديل سلوك معين ، لما لذلك من عواقب ضارة علي عواطفه ونموه النفسـي ، فالتهديـد باسـتدعاء الطبيب لحقن الطفل أو عسكري البوليس لكي يعاقبه أو يأخذه بعيداً عن الأم أو الأب لن يـؤدي إلا إلي بغض الطفل لكليهما أو انعدام ثقته فيهما وفي أبويه علي السواء ، لاستعدادهما لتعريضه لهذا الحزن والألم . وكثيراً ما يجني الآباء ثمار هذا السلوك ، عندما يحتاج الطفل للعلاج عنـد الطبيب أو في المستشفي بسبب الخوف الشديد ، الذي سبق أن قاما بتنميته فيه وانزعاجه ، الذي قد يصل إلي حد الهستيريا والتهديد بعسكري البوليس قد يظل عالقاً بالعقل الباطني وقد يدفعه إلي بغض كل من يلبس هذا الزى وتكمن الوقاية من ذلك عن طريق التربية الاسـتقلالية و تعويـد الطفل علي الاعتماد علي النفس (ملحم،2002: 62).

8- التربية الاستقلالية والاعتماد علي النفس:

علي الوالدين منح الأبناء بعض الصلاحيات لتحريرهم من التبعية والخوف ، ومـن ثـم تنمية شخصياتهم واستقلاليتهم ، بشرط أن تكون مراقبة الوالدين عن بعد خوفاً من الانحـراف ، فالمقصود هنا منح الطفل مزيجاً من الحرية والحماية من الأخطار في الوقـت نفسـه ، فهنـاك

بعض الأمهات مثلاً يقمن باحتجاز أبنائهن داخل حواجز خشبية لحمايتهم من أخطار التجول في المنزل ، والأفضل أن يتركن أبناءهن يتجولون داخل المنزل بشرط حمايتهم من الإمساك بأسلاك الكهرباء والأواني الساخنة والتحف الزجاجية ، وغير ذلك ففي انطلاقهم داخل المنـزل بلـورة وتنمية لشخصياتهم إلي أن يحين الوقت الذي يؤهلهم للخروج مـن البيـت، وتكـوين صـدقات شخصية علي أن يكون هذا أيضاً في إطار التوجيه الأسري

ويمكن للأم أن تتغلب أو تخفف من خوف الطفل والتخلص منه بإتباع الأساليب التالية:

1- أن تشعر الطفل بأنها تدرك طبيعة خوفه ، وأن تساعده وتعوده ترجمة الأحـداث موضـوع الخوف وفهمها علي أنها أمور طبيعية ، سوف تواجهه باستمرار خلال مراحل النمو.

2- تجنب الضغط أو التحقير أو مقارنته بالأطفال الآخرين من سنه نفسها .

3- الخوف ينتقل بسرعة من الآباء للأبناء ، أو من الكبار عموماً للصغار فخوف الأب من شئ سريعاً ما ينتقل للابن ومحاوله الأب أو المدرس الدوران حول سبب الخوف أو تبريره لن يؤدي إلا إلي تعزيزه وصعوبة معالجته.

4- الطفل المريض أو الضعيف البنية يكون أكثر استعداداً للخوف من الطفل السليم قوى البنية ، فيجب الاهتمام بالصحة العامة للطفل.

5- الأب الذي يشدد علي الحذر والتخويف ، دون أن يحاول شرح مبرراتهما قـد يعمـل دون قصد علي تعويق عمليه النمو النفسي السليم للطفل ، فمن الأفضل أن يعلم الطفل كيفية مواجهـة بعض الأوضاع التي تتسم ببعض الخطورة والتعامل معها ، بدلاً من الاكتفاء بتحـذيره وتنميـة عوامل الخوف فيه.

6-علي الآباء أن يتذكروا أن فهم الشئ علي حقيقته وتكوين عاطفة طيبة نحوه من أهم العوامل التي تساعد علي تجنب الخوف .

7- علي الآباء إلا يخافوا أمام أبنائهم ، وأن يستروا خوفهم أمام أطفالهم .

8- يجب علي الآباء أن يدبروا أنفسهم علي عدم القلق علي أبنائهم أو أن يخفوا قلقهم إن كـان خارجاً عن إرادتهم، أو يقللوا من التحذير والمبالغة في النقد .

9- عدم استخدام الخوف كوسيلة للتربية ، لكي نمنع ظهور المخاوف غير المرغوبة.

10- يجب علي الآباء وغيرهم ممن يتعاملون مع الطفل أن يفعلوا كل ما في وسـعهم ، للعمـل علي الحفاظ عليه من تعلم مخاوف قد تعيق تكيفه، ومساعدته في الوقت نفسه علي بناء مخاوف معقولة ومرغوبة (سليمان،2005: 119).

السابع عشر علاج المخاوف لدي الأطفال :

لكي نتعامل مع الخوف بطريقة سليمة وصحيحة، يجب أن نفرق بين نوعين من الخوف:

أولا: هناك نوع من المخاوف يكون عارضاً ووقتياً مثل الاستيقاظ علي الكوابيس أثناء الليل.

ثانياً: الخوف الذي يؤرقنا ويستمر معنا فإن الخوف الذي يستمر ويزداد مع نمو الطفل سيكون له أسوأ الأثر علي الطفل .

ففي الحالة الأولي: الخوف الوقتي ، يجب أن يكون رد فعلنا مريحاً للغاية ومهدئاً لروع الطفـل فإذا خاف الطفل من العواصف والكوابيس، فإن هذا الخوف سيمر بسلام.

أما في الحالة الثانية: فهناك أسلوب يتبع معه ، يعتمد علي تقسيم الخوف إلي أقسـام ، والتغلـب علي كل جزء علي حدة فنبدأ بأقل المخاوف وأخفها فزعاً للطفل حتى نصل تدريجياً لأصـعبها وأخطرها ففي كل مرة نعطي العناية بالكلام والأحضان والتهدئة والتشجيع المستمر ، فإذا كـان الطفل عصبياً إلي حد ما ، وهو علي بعد عشرة أقدام من حمام السباحة مثًلا فإننا نتوقـف هنـا ونبدأ في الكلام ثم تهدئته وتشجيعه، إن الخطوة الأولي لعلاج مخاوف الأطفال تبني علي دراسة مستفيضة عن تاريخ الحالة ويستلزم الأمر دراسة وتحديد الظروف المنزليـة والطـرق التـي

استخدمها الآباء في التربية والتدريب ، ومخاوف الأم والأب والعلاقة بين الطفل وكل من أبويه، وبين الطفل وبقية الأسرة، ومدي خبرة الطفل بالشيء الذي يخاف منه.(ملحم ، 2002: 65).

- التوجيه السليم ومناقشة الطفل لمساعدته علي فهم مخاوفه الموضوعية ، وشرح كيفية حدوثها وتوضيح وجوب عدم الخوف منها لندرة حدوثه ،ومثال ذلك خوف الطفل من نباح الكلاب وجريه خلفه : ويمكن تفسيره للطفل علي أن الكلب يريد اللعب معه عندما رآه يجري ، وأنه لا يقصد إيذاءه وأن الكلب لم يكن ليعضه إذا توقف عن الجري.

- إذا كان الطفل يخاف من شيء معين محدد فإنه يمكن القضاء علي هذا الخوف عن طريق إعادة الإشراط في موقف جديد، علي أن يكون ذلك بحرص شديد، ومثال ذلك الطفل الذي يخاف من الحيوانات ذات الملمس الفرائي يمكن أن يقدم له أحد هذه الحيوانات في قفصه، وعلي بعد كبير منه ، ويكون الطفل مشغولاً في الوقت نفسه بالأكل أو أى موقف سار بالنسبة له ويتكرر هذا الموقف عدة مرات مع تقريب المثير الذي يخاف منه الطفل تدريجياً في كل مرة ، مما قد يساعد الطفل في التغلب علي مخاوفه ولكن يجب أن نكون حذرين في تطبيق هذه الطريقة ، خشية أن يربط الطفل ما يخيفه بما يرغب فيه كالأكل والشراب أو ما شابه ذلك ، إن الوسيلة الصحيحة لمعالجة الخوف يمكن أن تتم بالربط بين مصدر الخوف وشيء آخر مألوف للطفل، وتعريض الطفل له تدريجاً كما توضحه التجربة التالية وفي هذه التجربة وضع المجرب أرنباً بالقرب من طفل صغير ، لم يسبق له أن رأي الأرانب من قبل : أصيب الطفل بالفزع وعلا بكاءه ، وأزاله المجرب فوراً ولكنه عاد في اليوم التالي ووضعه بعيداً عن الطفل أثناء تناوله الطعام ، وكرر المجرب تلك التجربة، ولكنه كان في كل مرة يضع الأرنب علي مسافة من الطفل أقصر من السابقة حتى تعود رؤيته، وفي نهاية التجربة كان خوف الطفل قد تلاشى تماماً

لدرجة أنه قدم له ملعقته لكي يشاركه في طعامه، ويمكن تطبيق هذه التجربة علي أي شـئ قـد يسبب الخوف للطفل (الحظيرة، البانيو، وغير ذلك).

- المخاوف من الأشياء غير الملموسة كالعفاريت والموت والظلام وما شـابهها أصـعب فـي استئصالها من المخاوف من الملموسات: ومع ذلك يمكن عمل الكثير للقضاء عليها ومثال ذلـك اصطحاب الطفل في اكتشاف الأماكن المظلمة : وقد يعلمه ذلك أنه لا يوجد فيها ما يخيف . وقد يبدو للبعض أن خير طريقة للتغلب علي مخاوف الأطفال هي أن تجنبهم المواقف التي تثير تلك المخاوف، وما لاشك فيه أن المشكلة أكثر تعقيداً من هذا ، لأسباب منها (سليمان،2005: 122)

1. أنه يستحيل إبعاد الطفل عن المواقف التي تبعث فيه الخوف.

2. أن الحياة نفسها مليئة بالمواقف التي تثير الخوف في الأطفال والكبار معاً، فإذا صح ذلك فمن الأفضل أذاً أن لا نبعد الطفل عن المواقف التي ارتبطت في ذهنه بإثارة انفعال الخوف ، بل أن ما يجب علي الآباء فعله هو أن يعودوا الطفل مواجهة تلك المواقف، فيحدث حينئـذ شـئ مـن التحكم فيها،ويختلف نوع العلاج باختلاف أسباب الخوف وأنواعه.

لكن تبقي هناك بعض الإرشادات العلاجية العامة الصالحة لمعظم حالات الخوف المتنوعة :

1- يمكن أن تتم معالجة المخاوف، بواسطة المعالج النفسـي، بواسـطة التحليـل واستحضـار الخبرات المؤلمة التي تسبب في الخوف، حيث يقوم المحلل بمناقشتها مع الطفل.

2- في حالة الخوف من الحيوانات الأليفة ، يمكن تقريب الأشياء المخيفة من الطفـل تـدريجيا لنزع الصورة الوهمية ، واستبدالها بالصورة الحقيقية : فإن كان يخشي الكلاب فما علينـا إلا أن نقتني له كلباً فيلاطفه ويطعمه وليربط الشئ المخيف في ذهن الطفل بصورة جميلة .

3- ينصح الآباء بعدم تخويف الأطفال ، وإن كانت هناك ضرورة للتحذير فليكن مختصـراً أو محدداً ، وبطريقة هادئة ومتزنة ، دون اعتماد التهديد والوعيد ،وأسـوأ هـذه التهديـدات هـي التهديدات المعممة وغير المحددة فتؤثر علي شعور الطفل بالأمان .(كريم ، 2005 : 67).

4- ليترك الأطفال ليعبروا عن مخاوفهم بصراحة ، لا أن نطلب منهم أن يكفوا عـن الحـديث عنها ، لأن ذلك لا يلغيها ولا يحل المشكلة فالأفضل أن يتحدث الأطفال عنها لتظهر جلية إلـي النور حتى يتمكن الأهل أو المربون من إزالتها ، عن طريق الشـرح والاقتنـاع أو الاسـتعانة بالطبيب النفسي إذا لزم الأمر.

5- تعويد الطفل الاعتماد علي ذاته تدريجياً وتخليصه من حماية الأم له ، للعمل علـي إزالـة المخاوف، فالإكثار من العطف الزائد والرعاية الزائدة ، يجعل ضررها أكثر من نفعها ، كـذلك فإن النبذ والاحتقار والتهديد والاستخفاف بمخاوف الطفل واتهامه بالجبن ونقص العقل، وما شابه من صفات قاسية ، فأن ذلك يجعله يتمسك بمخاوفه عن طريق كبتها في اللاوعي .

6- عدم تهديد الطفل بحبسه في غرفه مظلمة، أو تنفيذ التهديد لئلا يرتبط القصاص في مفهـوم الطفل بالظلام ، ولو لم يكن الظلام مخيفاً فعلاً وهذا اعتقاد الطفل لما أعتمد كقصاص ، ويؤكـد بعض الباحثين أهمية تخصيص حجرة مستقلة للطفل منذ ولادته أى إنه يجب علـي الطفـل أن يتعود النوم بمفرده بعيداً عن أمه في غرفة مستقلة ، طالما أنه يمكن للأم أن تسمع صراخه ، أما إذا بدأ حياته بالنوم في غرفة أمه فيفضل نقله منها عندما يبلغ الشهر من عمره، بشرط أن يكون مخدع الأم في حجرة قريبة لتلبية ندائه عند اللزوم ، أما إذا استمر في حجرة والدتـه بعـد أن يتجاوز الشهر السادس فسوف يزيد تعلقه بأمه ، ويرفض النوم في أى مكان آخر، ويتولد لديـه شعور مستمر بالخوف والتردد .

7- بعض أفلام (الفيديو) التي لم تُعد للأطفال وهي حافلة بالمناظر المرعبة مما يـؤثر علـي أعصاب الأطفال و تسبب لهم التوتر والخوف لذلك ينصح الأهل بعدم عرضها أمـام أطفـالهم وتنمية مداركهم.

8- إذا كان الخوف من الحديث أمام الناس فيعالج بتعود القراءة منفرداً وبصوت عال والوقوف أمام المرآة أو في الطبيعة أو أمام الأهل، والقيام وبطريقة خطابية ، بإلقـاء كلمـة قصـيرة أو مقطوعة شعرية.

9- أما إذا كان الخوف من الامتحانات : فالحل يكمن في خلق فرص النجاح أو في النجاحـات المتكررة، وبذلك تزول عقدة الخوف من الامتحان. (العيسوى، 1990: 157)

ويري الباحث أن يتضح لنا مما سبق أن التعامل مع الخوف الزائد لدي الأطفال أمر صـعب أو في بعض الأحيان يضايق الآباء ، فالخوف من الظلام والأشياء المؤذية والحيوانات يقـع بـين المخاوف غير المعقولة أو غير المنطقية ، والتي تشغل بال الآباء ، ورد الفعل الفورى من قبل الآباء تجاه الخوف الطفولي هو محاولة تفسيره للطفل ، والتقليل من أهميته في نظره ، إن مثـل هذه الطريق عادة لا تكون ذات قيمة ، وليس للتفسير المنطقي الذي نقدمه للأطفال تأثير حقيقـي علي انفعال الخوف ، بصرف النظر عن الأساس غير المنطقى الذي يقوم عليـه ، حيـث أدت دراسات مخاوف الأطفال وطرق مواجهتها إلي تحديد عدد من الطرق ، التي تعد فعالة بدرجـة متفاوتة ، من بين هذه الطرق التي تمت تجربتها ما يلي :

1- البدء بتحديد المصادر والمهارات المختلفة ، التي يمكن أن تفيد في مواجهة الموقف المخيف عندما يحدث وتعلمها.

2- زيادة الألفة بالموضوع المخيف بتهيئة مواقف ، تتوافر فيها الفرص الكافية لذلك ، علـي ألا تكون إجبارية أو بالقسر حتى يحيط بها ويألفها.

3- أن ننظم الفرص للطفل بحيث يلاحظ آخرين ، لا يخافون في الموقف المخيف بالنسبة له.

4- أن نحدث اشتراطاً مباشراً مع الموقف.

هذه الوسائل تختلف بلا شك في درجة ملاءمتها للأنواع المختلفة من مواقف الخوف.

ومن الأساليب الإرشادية التخفيف من حدة الخوف:

1 - تقليل الحساسية والإشراط المضاد :

إن هذا الهدف هو مساعدة الأطفال الخوافين وذوي الحساسية الزائدة ليصـبحوا أقـل حساسية أو لا يستجيبوا للموضوعات التي تثير حساسيتهم. فعندما يتم إقران موضوع الخوف أو الفكرة المثيرة له بأي سار "إشراط مضاد" فإن حساسية الأطفال من الخوف تقل، فمن المفيد جعل الأطفال يلعبون إحدى ألعابهم المفضلة أو ينهمكون بأي نشاط ممتع أثناء الخوف، وقد أمكن محو جميع أشكال المخاوف المحددة بهذه الطريقة، وعلى سبيل المثال يمكن أن يقوم الطفـل بتمثيـل بعض المشاهد في غرفة خافتة الإضاءة كخطوة أولى للتغلب على الخوف من الظلام، ويحـدث تقليل الحساسية بشكل طبيعي عندما يمكن للأطفال مشاهدة حادثة مخيفة عن بعد، وفـي حـال خوف الطفل من الحيوانات الأليفة يمكن تقريب الأشياء المخيفة من الطفل تدريجياً لنزع الصورة الوهمية، فإذا كان الطفل يخاف من الكلاب فلا ينبغي إجبار الطفل على الاقتراب منهـا وإنمـا ينبغي ترك الطفل يراقب كلاباً يتم إطعامها من النافذة، ثم يراقب كلباً في الغرفة نفسها، ثم يقـوم بإطعام الكلب بنفسه، فالتقدم التدريجي يؤدي إلى تزايد الشجاعة شيئاً فشـيئاً، ويجـب أن تُقـرأ قصص عن الكلاب وإتاحة الفرصة للطفل ليلعب مع الجراء الصغيرة وهذا سيؤدي إلى نقـص طبيعي في المخاوف، كما أن وجود العائلة إلى جانب الطفل يمكن أن يحول الخوف إلى نشـاط ممتع ويساعد في تقليل الحساسية حيث أن الأطفال يشعرون بالأمن بشكل أكبر عندما يكونـون ضمن جماعات.

وهكذا ينبغي تشجيع الأطفال على تقليل الحساسية الذاتي، ويمكن أن يتعلموا استخدام هذه الطريقة وحدهم لمواجهة أي خوف كأن يقوموا بمشاهدة صور الوحوش والحيوانات المخيفة في كتاب ثم يرسمونها أو يصورونها أو يكتبون قصصاً عنها ثم يقومون بمناقشة مخاوفهم مع أخوتهم...الخ. فالمواجهة المتكررة لموضوع الخوف تؤدي إلى تقليل الحساسية بينما تجنب المواقف المخيفة يؤدي إلى إطالة حالة الخوف أو زيادة شدته (الزعبي،2000: 155)

2 - ملاحظة النماذج :

إن الطفل يتعلم من خلال الملاحظة كيف يتعامل مع الأفراد غير الخائفين مع المواقف، وهذه الملاحظة تجعل الطفل يبدأ بشكل تدريجي بالتعامل دون خوف مع مواقف تزداد درجة الخوف فيها شيئاً فشيئاً، ويجب أن تكون هذه النماذج من الأشخاص العاديين حتى لا يرى الأطفال النموذج وكأنه يتمتع بصفات خاصة تجعله قادراً على أن يكون شجاعاً،ويقنع بعض الأطفال من خلال الملاحظة أن خوفهم في الواقع لا خطورة فيه، كالاستخدام الناجح لمراقبة أطفال ينجحون في دخول المستشفى وفي إجراء عمليات جراحية تجرى لهم، إن على الأهل أن يستغلوا كل فرصة تتيح لهم تهيئة الطفل للمواقف التي تنطوي على احتمال أن تكون صادقة، ويمكن الاستعانة بالأفلام كطريقة لتهيئة الطفل لموقف ما، وبذلك يساعد الأهل طفلهم في التغلب على موضوع خوفه، ويمكن تقليل حساسية الطفل بسرعة بطريقة بسيطة تسمى الهدف النقيض، فيمكن مثلاً أن نقلل من حساسية الطفل من الأصوات المرتفعة المفاجئة بأن نجعله يقوم بوخز عدد كبير من البالونات بإبرة، فتكرار المواجهة يجعل الطفل يتغلب على مخاوفه (سليمان،2005: 127)

3 - التخيل الإيجابي :

إن الاستخدام والتدريب المقصود لتخيل مشاهد سارة يسهم في تقليل مخـاوف الأطفـال الذين يجدون في ذلك أسلوباً ناجحاً، فهم يتخيلون الأبطال الذين يحبونهم يساعدونهم في التعامـل مع الموقف المخيف، ويمكن تعريف الطفل على كيفية القيام بهذا التخيل ثم يطلب منه أن يقـوم باختراع قصة مشابهة مثل (أنت والمرأة العجيبة تجلسان في البيت عندما تطفأ الأنوار فجأة، إنك تحس بالخوف ولكن أنت والمرأة العجيبة تجدان شموعاً وتذهبان إلى موقـع مفـاتيح الكهربـاء لمعالجة الأمر وتشعر بالعظمة لأنك تمكنت من حل المشكلة، والمرأة العجيبـة تهنئـك وتطيـر مبتعدة بطائرتها الخفية) ،وينبغي التنويع في هذه الطريقة كأن يطلب إلى الأطفـال أن يتخيلـوا الفعالية المحببة لهم مثل قيادة سيارة سباق مثلاً، وأثناء تخيل المشهد والاستمتاع بـه يتخيلـون حدوث موقف ينطوي على خوف بسيط، فمثلاً أثناء قيادة سيارة السباق يرى الطفل كلباً ضـخماً على الطريق ويقوم بمطاردة السيارة بينما يبتعد الطفل بسرعة بسيارته ثم يبطئ السرعة حتـى يصل الكلب إلى جوار السيارة ثم يقوم الطفل بالتربيت عليه ثم يقود السـيارة ويتـابع طريقـه. وهكذا فإن استخدام طريقة التخيل تساعد الطفل على إدراك نفسه على نحو متزايد كشخص يملك القدرة على تحمل الخوف حتى يصل إلى التحرر النسبي منه أخيراً (الزعبي،2000: 155)

4 - مكافأة الشجاعة :

ينبغي تحديد سبب المخاوف وزمانها ومكانها تحديداً دقيقاً وامتداح الطفل ومكافأته كلما تقدم خطوة في تحمل المواقف المخيفة، فكثير من الأطفال يظهرون الشجاعة كي يحصلوا علـى المكافآت، فمثلاً يمكن أن نضع للطفل خمس نقاط إذا قال مرحباً لشخص غريب، ويحصل علـى عشر نقاط إذا أجاب على الهاتف ويحصل على عدد من النقاط إذا تحدث مع أشخاص مختلفـين فيجمع تدريجياً عدداً من النقاط يستخدمها فيحصل على ألعاب أو يحصل على امتيازات نتيجـة لتقدمه، كذلك الأمر بالنسبة للخوف من المدرسة، فمثلاً طفل يخاف من الذهاب إلـى المدرسـة

فيشكو من آلام جسيمة وأثبتت النتائج السلبية للفحص الطبي أنها مؤشر واضح علـى الخـوف فيجب أن يرسل الطفل إلى المدرسة وأن يمتدح لمداومته، وتتم مكافأة التقدم الذي يحرزه الطفـل والابتعاد عن تعزيز الخوف بأي شكل من الأشكال (كاللعب ومشاهدة التلفزيون والاهتمـام مـن قبل الآباء) لأن ذلك سيعقّد المشكلة بدلاً من أن يحلها، بينما تساعد المكافأة على الشجاعة علـى حل مشكلة الخوف عند الطفل بالتغلب على موضوع الخوف (النجار ،1998: 127)

5- التمرين والتدريب:

إن الممارسة المتواصلة والتمـرين المسـتمر يشـعران الطفـل بالراحـة ويـزيلان توتره ،فاللعب مثلا بالنسبة للأطفال بشكل مناسب وملائم من أشكال التمرين، كذلك فإن التمثيـل يوفر لهم فرصة طيبة للتعبير عن انفعالاتهم ومخاوفهم ، إن نجاح التمرين والتدريب يتوقف على تشجيع الأهل ومدحهم ودعمهم لأبنائهم.

6- الحديث مع النفس:

إن تعليم الحديث الصامت والايجابي مع النفس أمر مهم وفعال لعلاج الخـوف ، حيـث يحول الشعور بالعجز والخوف إلى شعور بالثقة والاسـتقلالية والكفـاءة والهـدوء والشـجاعة والإيجابية والتصميم.

7- الاسترخاء والراحة:

أن راحة العضلات مفيدة للأطفال المتوترين جسدياً وتقلل خوفهم وتهـدئ أعصـابهم ، وتعلمهم كيف يواجهون المشكلات بكفاءة واقتدار .كذلك فإن الراحة تعطـي الأطفـال تركيـزاً وصفاء إيجابياً ،فالخوف من الظلام يزول بتعليم وممارسة الراحة التامة.

8- التأمل والتفكير:

إن مجموعة من أنواع التأمل تستعمل لزيادة الهدوء ، وتقليل الخوف ، ومن أشهر هـذه الأنواع التنفس المنتظم والعد البطئ ، اللذان يؤديان إلى تبديد الخوف وزيادة التركيـز وتقويـة الانتباه ، ولكن هذا يتوقف علي عمر الطفل وقدراته ، ويحتاج إلى الاستعانة بأحد المتخصصين في هذا الشأن (سليمان،2005: 128).

9- التفاهم مع الطفل حول الشئ المخيف:

إذا صادف الطفل ما أخافه فيجب عدم مساعدته علي نسيانه، لأن النسيان يدفن المخاوف وهـي متوهجة داخل نفسية الطفل ، ولكن التفاهم مع الطفل حول الشئ المخيف يضـع الخـوف فـي مستواه الصحيح ،غير مبالغ فيه ، علي أن يكون الحوار مبنياً علي الإقناع وليس الخداع ، فمثلاً إذا كان الطفل يخاف من الجزار ، فلا بد أن نوضح له أن الجزار أو أدواته إنما هي في خدمـة كل من يرغب في شراء اللحوم مثلاً.

10- تدريب الطفل علي مواجهة مصادر الخوف بعد موافقته:

لا يجب إرغام الطفل مشاهدة عملية الذبح والدم إلا بعد موافقته، كما يجب تدريب الطفل تدريجياً علي مواجهة الأماكن والمواقف وتعريفه بها ، وكما يجب تعريض الطفـل لمواقـف الخـوف تدريجياً مع التشجيع وربط مصادر الخوف بأمور سارة محببة ،فمثلاً اصـطحاب الطفـل إلـي حظائر الحيوانات بعد مشاهدته الصور عنها ، أو قراءة القصص عما تقدمه للناس من فوائـد ، وكذلك انتهاز فرصة مشاهدة أقسام البوليس ورجال الشرطة.

11- مراقبة المحتوي المقدم للطفل:

توفير الكتب والمجلات والقصص للأطفال أمر مهم ، ولكن الأهم هو حسن اختيارهـا بحيـث تشمل الأشياء الخفيفة الهادئة ، ومراعاة الأشياء التي يشاهدها بحيث لا تشـير إلـى مثيـرات الخوف ، مثلاً : طفل شاهد فيلم لتمساح صغير في الحمام فدخل البالوعة، وعاش في مجـارى

المنزل وتحرك في مجارى المنزل وتحرك في مجارى المدينة بحجمه الهائل ومن ذلك اليـوم يخاف الطفل من دخول الحمام.

12- مرفقة نمو الطفل الخبرة والممارسة:

يتعين علي الأهل مصاحبة مراحل نمو الطفل بخبرات حية ، لا تنطوي علي نهـره إذا حـاول مداعبة قطة،أو قتل حشرة ، بل يكتفون بتحذيره من مخاطر فعلته بطريقة منطقية غير مبالغ فيه، أيضاً إذا مات أحد الأقارب فلا بد من الإحاطة في هذه المواقف بعدم إثارة الرعب الشديد وإبعاد الأطفال إذا لزم الأمر.

13- محاولة اتزان سلوك الوالدين في المواقف الصعبة:

يجب أن يكون سلوك الوالدين متزناً خالياً من الذعر والفزع في المواقف ، وكذا عنـد مـرض الطفل ، لأن فزع الآباء ينتقل إلى الطفل ويتعلم الاستجابة لمواقـف الحيـاة بالأسـلوب نفسـه. (موريس ، 1997: 130)

14- إبعاد الطفل مؤقتاً عن مثيرات الخوف:

مثل مجالس الحديث عن الموتى أو المآتم أو المخاطرات التي قام بها الأهل من مثيرات الخوف من أعمارهم إلى أن تأتـي رغبة الطفل في حضور هذه الأمور أو الاستماع إليها.

15- الكشف عن مصادر الخوف لدى الأطفال:

بهدف تصحيح أفكار الطفل ، يجب أن يبحث عن مصدر المعلومة المخيفـة، وأحيانـاً يمكـن الاستفادة من هذا المصدر في تعديل ما يخاف منه الطفل.

16- علاج آباء الأطفال أو علاج مخاوف الوالدين:

في بعض الأحيان تصبح الأمور في حاجة إلى عرض الطفل علي أخصـائى ، وربمـا احتـاج الأمر إلي علاج الجو المنزلي الذى يكون في الغالب سبب مخاوف الطفل، فكم من أم مريضـة بالخوف نقلت خوفها إلي الأبناء.

17- تعديل المدرس لأسلوب معاملة الأطفال:

يلجأ بعض المدرسين إلى استخدام التخويف أو الضرب مع الأطفال كي ينفذوا الأوامر، ويجـب استخدام أساليب أفضل من العقاب والتخويف لتعديل سلوكيات الأطفال.

18- العلاج الجسدى لصاحب المشكلة:

لأن صاحب البنية الضعيفة والأعصاب الهشة هو أقرب إلي الخوف من غيره مـن الأسـوياء، فالعلاج يكون هنا دواء مقوياً واستعادة للصحة والنظرة المتفائلة للحياة.

19- يجب تدريب الطفل علي تعود السير في الظلام:

ومواجهة الأمور التي تخيفه لأن ذلك هو الطريق الوحيد الذي يخلص الطفل من مخاوفـه، إلا أنه لابد من اللياقة والكياسة في التعويد لا سيما بعد حصول الخوف (زهران، 1999: 98)

20- المساعدات التي يقدمها الراشدون للطفل:

فقد تبين أن أكثر الطرق فعالية في مساعدة الطفل للتغلب علي مخاوفه ما يلي :

- مساعدة الطفل علي تنمية المهارات ، التي يستطيع بواسطتها أن يتغلـب علـي الموقـف أو الموضوع المخيف.

- مساعدة الطفل علي المساهمة التدريجية والاتصال الفعال بالموضوع أو الموقف المخيف.

- المساعدات الذاتية للطفل. فقد اتضح أن الطفل يستطيع التغلب علي مخاوفـه دون مسـاعدة خارجية ، إما نتيجة لعملية النمو العامة أو بإتباع بعض التكتيكات التالية:

- التحدث مع الآخرين حول الأشياء التي يخافون منها.

- يمكنهم مناقشة أنفسهم حول واقعية أو لا واقعية المخلوقات أو الأحداث الخالية المرعبة التـي يخافون منها.

21- يجب أن نضع في الاعتبار الفروق الفردية في تعاملنا معهم لمواجهة أي مشكلة

22- امتناع الآباء والكبار عن السخرية من مخاوف الأطفال:

فلا يجب أن يتهم الطفل بالجبن والغباء إذا ما أبدى شعوراً بالخوف بل يجب تبصير الطفل فـي هدوء بأن مثل هذه المخاوف أمور عادية يمر بها كل طفل ، وأن نثبت في نفسه الطمأنينة ، وأن نهون عليه مخاوفه مع التزام الصدق والاقتراب بالتدريج من الحيوانـات أو المنـاظر المخيفـة للطفل ، بحيث نقربها إلي ذهنه ونجعلها مألوفة له.

23- تشجيع الطفل للتحدث عن تجاربه وخبراته كما يشاء :

لأنه كلما تحدث حتى عن بعض خبراته المخيفة أصبحت هذه الخبرات في اللاشـعور ، ومـن الخطأ أن نقول للطفل "انس هذا الموضوع المخيف" أو" فكر في شئ آخر".

24- عندما يتعرض الطفل لمواقف انفعالية مؤلمة:

كموت الأم أو الأب أو انفصاله عن أحداهما. فيجب أن يتحدث الكبار للطفل بصدق وأمانة مـع إحاطته بالحب والعطف والأمن ، مع شغل وقته باللعب والترويح، ويمكن أن نرشد الطفل نحـو الانقطاع عن التفكير في مثل هذه الخبرات المؤلمة ، وقد يستمر الطفل لفترة يذكر فيهـا مـوت أبيه أو أمه أو انفصاله عن أحداهما بإحساس الأسى والحزن، ولكن بعـد فتـرة نجـد أن هـذه المشاعر تخف حدتها ، لا سيما إذا وجد الطفل ما يعوضه عن ذلك (راجح،1994: 145).

خطوات إذا كان طفلك يخاف من المدرسة:

1- في البداية يجب التأكد أنه لا يوجد لديه مشكلة في المدرسة ، كأن تكون معلمـة قاسـية ،أو يكون هناك طفل يضايقه باستمرار.

2- قبل يومين من موعد بداية الدراسة تجنب مناقشة أى موضوع يتعلق بمخاوف الطفـل مـن الذهاب للمدرسة،

فلا شئ يثير مخاوف الطفل أكثر من الكلام عن موضوع الخوف.

3- أخبر الطفل بكل بساطة قبل يوم من بدء الدراسة ومن دون انفعال ، وكـأمر واقعـي بأنـه سيذهب للمدرسة غداً.

4- أيقظ الطفل في صباح اليوم التالي ، وساعده علي ارتداء ملابسه، وزوده ببعض الأطعمـة الجذابة علي ألا تكون من النوع الدسم.

5- خلال فترة الإعداد تجنب أى أسئلة عن مشاعره، ولا تذكر أى موضوعات خاصة بخوفـه ولو بهدف طمأنته (سليمان ، 2005 : 62).

6- لا تلمس جبهته لتفحص حرارته صباح كل يوم مدرسي ، طالما أنك متأكـد مـن سـلامته الصحية.

7- كل المطلوب منك أن تأخذه للمدرسة وسلمه للمشرفين ،واحرص علي تكوين علاقة طيبـة بالمدرسة لتعرف مشاكل الطفل سريعاً.

8- عند عودته من المدرسة امدحه علي سلوكه ونجاحه في الذهاب للمدرسة ، وأبلغه أن غـداً سيكون أسهل من اليوم.

9- لو كان الخوف من أحد الأقارب فيحاول الأب أن يقرن وجود ذلـك القريـب بشـئ مـن محبوبات الولد كأن يقدم هذا القريب الحلوى ، أو أن يلقي إليه سلسلة مفاتيحه ليلهو بها ، فهـو يميل إلى مثل هذه الأشياء.

10- ولو كان الخوف من الظلام : فإن دور الوالد أن يعوده النوم في الظلام في صغره وعند كبره يضع في غرفته مصباحاً صغيراً مع محاولته لإقناع ابنه بضرورة النوم في الظلام أو في ضوء خافت لفوائده الصحية للجسم.

11- ولو شعر الوالد بمخاوف ابنه من البيئة والأشخاص فيعمل قدر الإمكان علي تجنبه ما يؤذيه ويخوفه كالبعبع أو الحرامي أو الغول أو المدرسة أو الأستاذ أو تخويفه بالدم إذا جرح.

12- وينبغي أن يتجنب الأب ما اعتاده بعض الناس من قذف الطفل في الهواء ، ثم التقاطه مره أخري. فإن هذا النوع يثير الخوف إلى جانب احتمال السقوط علي الأرض .

13- وإذا كان الوالد يخاف من أي شئ ، فلا بد أن يتجلد قليلاً أمام أبنائه ويتشجع حتى لا ينتقل هذا الخوف إلى نفوسهم (العناني، 1997: 106)

وتؤكد راغدة موريس: أنه للوقاية من الخوف ، يجب علينا أن نجنبهم الأشياء المؤذية ونشرح وجه الإيذاء والضرر حتى يقتنعوا.

- تجنب المشادات الساخنة أمام الطفل.

- تعويد الطفل تدريجياً الشئ الذي يخاف منه فيجعله يقترب منه ويلمسه حتى يقتنع أنه غير مخيف.

- مشاهدة أفلام للصغار تظهر كيف يمكن للطفل الشجاع أن يتغلب علي خوفه.

ويري محمد رفعت**:** إن علينا إبعادهم عن مثيرات الخوف ، مثل:مشاهدة أفلام العنف والجريمة والامتناع عن سرد الحكايات الخيالية مثل الساحرة الشريرة أو أبو رجل مسلوخة، وحثهم على التقرب إلى ا سبحانه وتعالى والاستعانة به في وقت الشدة حتى ينعموا بهدوء البال والاطمئنان ، وكنقاط رئيسية للعمل في هذه الإزالة:

- ابحث عن الدوافع الأساسية لخوف ابنك فربما تكون أنت أحد أسبابها .

- اجلس معه وتكلم بمرح حتى تزول أعراض الخوف.

- استخدم كلمات التهدئة والتشجيع المستمر (سليمان،2005: 135).

ويحسن بنا أن نذكر ما أكده عبد ا علوان لعلاج الخوف لدى الأطفال حيث نتبع ما يلي:

- تنشئة الطفل من صغره علي الإيمان با والتسليم له في كل ما ينوب ويروع، فإذا تربى على هذه المعانى فإنه لا يخاف إذا ابتلي.

- عدم إخافة الطفل ولا سيما عند البكاء بالغول والضبع والحرامي والجني والعفريت ليتحـرر من شبح الخوف وينشأ علي الشجاعة والإقدام.

- الاختلاط بالآخرين لكسب المحبة والاحترام من باب قوله صلي ا عليـه وسـلم " المـؤمن القوى خير وأحب إلى ا من المؤمن الضعيف"

- تلقينهم مغازى رسول ا ومواقف السلف البطولية لترسيخ معاني القوة والشجاعة والإقدام. (بشناق،2001: 113).

25- طرق أخرى للعلاج : كما يتم أيضاً علاج المخاوف عن طريق تعويد الطفل الاعتماد على نفسه تدريجياً وتخليصه من حماية الأم له، فالإكثار من العطف الزائد والرعاية الزائدة تؤدي إلى ضرر الطفل وليس نفعه، كذلك النبذ والنقد والتهديد والاستخفاف بمخاوف الطفل واتهامه بالجبن وغير ذلك من الأساليب القاسية كلها تؤدي إلى كبت الخوف وتفاقم المشكلة، لذلك ينبغـي علـى الأهل احترام الطفل وتشجيعه على التعبير عن مخاوفه والتغلب عليها (عبد ا ،2001: 236)

مما تقدم يري الباحث أن الخوف هو حالة انفعالية طبيعية تظهر في أشكال متعـددة وبـدرجات مختلفة عند الأطفال، وهناك بعض المخاوف التي تفيد الطفل وتساعده على حفظ بقائه وتكيفـه. وبالمقابل توجد مخاوف تلحق أشد الضرر بالطفل ويمكن أن تستمر معه مدى الحياة. وباعتبـار أن سنوات الطفولة هي الأهم في حياة الفرد والتي تقوم عليها حياته النفسية والاجتماعية فإنه من

الضروري الاهتمام بمشكلة الخوف عند الأطفال لما يترتب عليها من آثار سـلبية قـد تكـون عنصراً هداماً لشخصية الطفل فيخرج من مرحلة الطفولة شخصاً مضطرباً وقلقاً يعاني من سوء التكيف مما ينعكس على الفرد والمجتمع معاً.

لذلك من الواجب علينا أن نولي اهتماماً أكبر لمخاوف الأطفال والتعرف إليهـا وإلـى أسـبابها والعمل على الوقاية منها وعلاجها لنحصل في النهاية على فردٍ سوي وفعال في المجتمع.

كما ويري الباحث من خلال العرض السابق لتناول ظاهرة الخوف لدى الأطفال ، تكشـف لنـا كثير من الحقائق عن تلك الظاهرة منها ما يلى :

- من المرجح أن كل طفل مضطر الى المرور بعدد من المخاوف التى تطرأ عليه فى نمو ه، ثم لا تلبث أن تتلاشى وتمضى، وقد تخلف فى نفسية الصغير آثاراً سلبية.

- إن كل طفل يختلف عن أى طفل آخر فى عدد المخاوف ونوعها وشدتها وآثارها، ومع ذلـك فإنه يبدو صحيحاً القول أن لكل سن مخاوفه الخاصة به.

- و قد نجد فى مختلف بلاد العالم بعض الآباء يستخدمون الخوف كوسيلة من وسائل الردع أو التأديب أو العقاب للطفل، مما جعلهم فى نهاية المطاف المسئولين عن ظهور مشكلة الخوف لدى أبنائهم.

- وينوه الباحث إلى أنه قد يكون الخوف عاملاً من عوامل البناء مادام يساعد علـى الحيطـة و التزام جانب الحذر، شريطة ألا تكون هناك عقد أو تعقيدات أو إرهاب مفرط ، فمثلاً الخوف من الحريق يعد مفيداً إذا علم الصغار كيف يستخدمون الكبريت وعدم اللعـب بالنـار ، أو كيـف يعبرون الطريق ، وإذا زادت هذه المخاوف وأصبحت مثيرات سالبة انقلبـت وأصـبحت مـن الأمور الهدامة.

- كذلك يستعمل بعض الآباء الخوف وسيلة من وسائل التسلية، بتخويف أطفالهم، ظانين أن الأطفال يملكون المنطق نفسه الذى يملكه الكبار.

- لا داعى للفزع وقلة الصبر لمجرد أن الطفل يخاف ، بل علينا أن نعامله بصفته طفلاً يحتاج إلى نمو ونضج وصبر طويل.

- علينا ألا نسخر من مخاوف أطفالنا حتى لا نعمق المشكلة فى ذاتهم.

أن هناك أمور يجب أن نفعلها ، وأهمها:

- احتراف المخاوف والتأكيد على أن ولدنا سيتغلب عليها أو على معظمها ، إذا قدمنا العون واستشرنا المتخصصين.

- إتاحة التدرج والفرصة كى يتعود الصغير ويألف الأشياء المخيفة.

- علينا أن نتبع الحذر كى لا يعود الصغير ،فيخاف من جديد مما قد ألفه منذ فترة، فاحتمال النكوص وارد.

- أحياناً تحتاج الأمور إلى معونة المختصين لمواجهة الصعوبات ، ويجب أن نغير نظرة المجتمع للمتخصصين ، الذين هم أكثر فهماً للمشاكل التى تواجهنا والصعوبات التى تعوق مسيرة حياتنا.

- يجب أن تتغير نظرة المجتمع للأخصائى النفسى ، وتكون هناك توعية مستمرة للدور الذى يمكن أن يساعد به الأخصائى النفسى فى خدمة الأسرة وأفرادها إذا لجأوا إلية، ليتحقق التوافق النفسى للآباء والمربين ، ومن ثم يتحقق التوافق النفسى للأبناء.

- لكي يكون الطفل بعيداً عن الخوف ، لا بد من حمايته ورعايته، وأن يتمتع بعطف وحنان أبوى وتربوى وثقافى واجتماعى.

- يجب الإجابة عن استفسارات الطفل وتشجيعه على الحوار ونتجنب خداعه.

- لابد من زرع الثقة بالطفل وتعليمة الاعتماد على النفس تدريجياً.

- الإقلاع عن التهويل وتعظيم الأمور والمصائب أمام الطفل.

- على الآباء والمربيين إبعاد الطفل عن الأفلام المفزعة والروايات المخيفة ، وغرس أفكار فى أذهانهم عن الخرافات والدجل.

- لابد من تغير الكثير من سلوكيات المجتمع والأهل والمربيين بأن توضع لهم مفاهيم تربوية ، تعتمد على تنمية المواهب والممارسات والقيام بالتجارب والخبرات العلمية التطبيقية، حتى يتمكن الطفل من التعامل مع الحياة ونواميسها الصحيحة.

- يجب عدم المبالغة فى التوبيخ والاحتقار للأطفال والاستهزاء بهم (عبدا ،2001 : 236)

وأخيراً على الآباء أن يتحلوا بالصبر، فهناك بعض المخاوف العابرة التـى لا يقتضـى الأمـر التوقف عندها، فهى ستزول حتماً مع نمو الطفل وتطور قواه العقلية ، شرط أن يحـاط الطفـل بالرعاية والحماية والتوجيه الرقيق خلال هذه المرحلة ، والآباء يستطيعون مساعدة الأطفال على تخطى مخاوفهم ، بشرط أن يكونوا على وعى هذه المخاوف وسـبل إزالتهـا ، ولمـا كانـت المخاوف مرتبطة بشعور الطفل بقدرته ،فأنها تزول مع نمو هذه القدرة جسدياً وعقليـاً ، وهنـا يدخل دور الأهل التوضيحى ، فما لم يكن الطفل على وعى بقوته، فإنه لن يتمكن من استخدامها والتشجيع يعتبر وسيلة ناجحة من وسائل إزالة المخاوف ، وهو أفضل من تثبيط العزائم ، وقـد ثبت أثر المكافآت فى هذا المجال والذى يفوق أثر العقاب.

المبحث الخامس: التبول اللاارادي

مقدمة:

كثيرا ما نجد بعض الأطفال يتبولون في أثناء نومهم بالليل في سن كان ينظر منهم فيه أن يكونوا قد تعودوا ضبط جهازهم البولي والاستيقاظ لتفريغ ما تجمع في مثانتهم من بول، وسن ضبط الجهاز البولي يختلف من طفل لآخر اختلافات كبيرة يرجع بعضها إلي حساسية الجهاز البولي، والي حجم المثانة وسعتها، وسن ضبط هذا الجهاز تنجح بالتقريب في الثالثة من العمر ،ولو أن بعض الأطفال يضبطون قبل الثانية ،وإذا استمر الطفل يتبول وهو نائم إلي ما بعد الرابعة، فعلي الإباء أن يفكروا جدياً في الأمر.

وفي بعض الحالات ينجح الطفل في ضبط نفسه في سن مبكرة ولكن لسبب عارض قد يحدث أن يتبول وهو نائم في سن متقدمة، وبعد أن يكون قد مر في سنوات عديدة دون أن يحدث منه ذلك.ومن الأسباب العارضة الإصابة بالبرد العادي أو كثره السوائل قبل النوم، وقد يكون السبب العارض انفعالياً، مثال ذلك أن الطفل كان قد نجح في تكوين عادة ضبط الجهاز البولي من سن الثالثة، وأريد إزالة لوزيتة وزوائده الأنفة لتضخمها تضخما شديداً في سن السابعة، وفي مساء اليوم الذي تقر فيه أجراء العملية يبول في أثناء نومه وواضح أن التبول اللاإرادي في هذه الحالة مرتبط بحالة الخوف الطارئة علي ذهن الوالد، وعلي هذا فعلي الآباء إلا يعيروا حادثة واحدة من حوادث التبول من الاهتمام ما قد يثبتها في ذهن الطفل، ويشعره بالذنب، وبالنقص، وبالذلة بسبب هذا الحادث المحرج، ولكن الذي يجب أن يسترعي الاهتمام التبول المتكرر في أثناء النوم بعد سن الرابعة أو الخامسة، وقد يستمر بعض الناس إلي سن العشرين، وقد يستمر البعض إلي ما بعد ذلك(القوصي، 1969: 290).

نبذه تاريخية:

عرف البول من القدم حيث كُتب عنه في البرديات المصرية التي يرجع تاريخهـا إلـي (1550سنه ق.م.) وكانوا يعالجونه بخليط العجه ومنقوع العليق ،وهو مجموعه من النباتات منها الحلبة والشعير و البابونج والمرمية والزنجبيل والشومر وحبه البركة وحصا ألبـان والريحـان والكركم والزعتر والميسكا والليمون والهيل، ويذكر التاريخ أن علاجات عديدة اسـتخدمت لهـذا الاضطراب أهمها:حرق الأوراق بين الرجلين ، كي الفتحة الخارجية لقنـاة الإكليـل (العضـو الذكرى) بنترات الفضة وذلك لجعل التبول مؤلماً ، شكشكة القضيب أي ربط ضـفدعة إلـى العضوي الذكري لتنقنق عندما يبول الطفل فيستيقظ (هذه الطريقة كانت تستخدم في نيجيريـا) (حمودة،1991: 224).

ويحدث التبول اللاإرادي عند أطفال جميع الطبقات وهو أكثر شيوعاً في الأولاد منهـا لـدي البنات ، وهي أكثر المشكلات السلوكية مع تطور الطفل في العمر، فهي لا توجـد بعـد السـن الثلاثين إلا إذا كان السبب عضوياً، الذي يحتاج إلي علاج طبي ، ويطلق علي الأطفـال الـذين يتبولون في فراشهم "المتبولون" عندما يتبولون في فراشهم بعد السنة الثالثة من العمر كل ليلـه بتكرار ملحوظ وهم نائمون وبدون رغبه منهم شريطة أن يكونوا أصحاء من الناحية العضـوية وغير مصابين بالصرع (الرازق،1987: 100) .

ويشيع بكثرة لدي الأطفال الذين يعيشون في بيئات تتعرض للضغط والعنف ، فقدرة الطفل علي التحكم في هذه الأوقات العصيبة تضعف وإمكانية السيطرة علي مشاعر الخوف والتوتر والقلـق وفقدان الأمن لدي الطفل غير ميسره ، لذلك فبعد ما يكون الطفل قد اجتاز المرحلة التـي كـان يبول فيها علي نفسه ليلاً، فإنه وبفعل تعرضه للمواقف الصعبة يعود للبوال علي نفسه من جديد (أبو هين،1995: 4)

تعريف التبول اللاإرادي : Enuresis

المعني اللغوي للتبول :

البوال يعني كثره البول دون إرادة من الطفل ' وهذا دليل علي اضطراب في الوظيفة البولية البوال هو عدم القدرة علي ضبط المثانة وحقن البول (الخطيب ، 2003: 49).

المعني السيكولوجي للتبول:

يشير التبول اللاإرادي كاضطراب إلي أن الطفل لا يتحكم في زمن ومكان تبوله ليلاً أو نهاراً ، رغم سلامة جهازه البولي ، كما أن عمر الطفل الزمني والعقلي يزيدان عن خمس سنوات(رمزي،1953: 91)

كما يعرفه(عبد ا ،2001: 285): التبول اللاإرادي enuresis بأنه تكرار تصريف البول لاإرادياً بعد سن الثالثة ، وهو غالبا ما يكون تبولا خلال الليل (تبول ليلي) وأحيانا آخري يكون التبول اللاإرادي خلال النهار (تبول نهاري) .

كما يعرفه أيضاً(الزعبي وآخرون ،2000: 174): "بأنه يقصد به تكرار نزول البول لاإرادياً في الفراش من قبل الطفل في سن الرابعة فما فوق،أو عدم قدرة الطفل العادي علي التحكم في عمليه التبول في سن ينتظر فيه أن يكون قد تعود علي ضبط جهازه البولي".

ويعرفه مجموعه من علماء النفس اضطراب التبول بأنه حاله انسكاب البول لاإرادياً ليلاً أو نهاراً أو ليلاً ونهاراً معاً لدي طفل تجاوز عمره (3-4) سنوات وهو السن الذي يتوقع عنده التحكم دون أن يكون هناك سبب عضوي خاف ذلك (بشناق، 2001: 144).

كما يعرفه (العيسوي،1999: 406) :هو خروج بلا إرادة وقد يكون لفرط البرد واسترخاء العضلة ،وضعف تعرض لها وللمثانة .

التعريف الطبي : Medical Definition

التبول اللاإرادي عبارة عن حاله انسكاب البول من المثانة بشكل لاإرادي،وبصوره تكاد تكون مستمرة، وذلك لدي طفل تجاوز في عمره الأربع سنوات واستمر في تبوله اللاإرادي إلي مرحلة متقدمة في العمر، ويرجع ذلك إلي اضطرابات عضويه ووراثية وغيـر وراثيـة مثـل التشوهات الخلقية في الجهاز العصبي والعمود الفقري، الحساسية الزائدة للجهاز العصبي الـذي يشرف علي عمل المثانة البولية.و التعريف يؤكد علي النواحي العضوية (الخطيب،2003: 14).

التعريف النفسي : Definition of psychological

التبول اللاإرادي عبارة عن حاله خروج البول لاإراديا ً ليلاُ أو نهاراً أو ليلاً ونهـاراً ، لدي طفل تجاوز في عمره (3-4) سنوات دون أن يكون هناك سبب عضوي وراء ذلك يؤكـد هذا التعريف علي العوامل النفسـية والتربويـة الخاطئـة فـي حـدوث التبـول الـلاإرادي (منصور،2002: 8)

تعريف جماعة التحليل النفسي : Group psychoanalysis

يري فرويد أن التبول اللاإرادي هو شكل من أشكال الهستيريا التحويليـة يرجـع إلـي تجارب وخبرات صادمة ومؤلمة ذات طابع جنسي ، أو عاطفي مر بها الطفل خـلال طفولتـه وهذه التجارب تعرضت للكبت إلي أن ظهرت بشكل عرض جسمي هو التبول اللاإرادي .

وتري آنا فرويد في كتابها عن التحليل النفسي للأطفال أن عمليه التبول اللاإرادي هي عبارة عن ظاهره نكوصيه تكشف عن رغبات الطفل وصراعاته اللاشعورية وتجاربه السابقة المؤلمة مـع الأم وذلك بالعودة إلي مرحله الرضاعة حيث كانت عمليه التبول تحـدث بصـوره لاإراديـة. (بشناق، 2001: 154).

تعريف علماء التربية :Educationalists

التبول اللاإرادي هو حالة تبول الطفل علي نفسه بشكل لا إرادي بعد عمـر الأربـع سنوات ، ويكون ذلك نتيجة لعدم توفر المناخ الأسرى التربوي السليم ، وعـدم تـوفر عنصـر التربية والتوجيه والتدريب علي النظافة لدي الطفل ، وفي الفترة المناسبة لذلك،إهمال حاجـات الطفل المتعلقة بالإخراج ، استخدام القسوة والعنف في مواجهة مشـكلة التبـول اللاإرادي،وقـد عرفه بعض علماء التربية الذين لهم اهتمام بنظريات الإشراط في التعلم التبول اللاإرادي بأنـه عبارة عن عاده خاطئة مكتسبة أو متعلمة بسبب سوء التربية الأسرية (عبد ا ،2001: 285).

تعرف علماء الاجتماع:Sociologists

عرف علماء الاجتماع التبول اللاإرادي لدي الأطفال بعد عمر معين بأنه حالة اضطراب بسبب تفكك الأسرة اجتماعياً وحرمانها ثقافياً،هذا وقد جاء فـي المصـنف الرابـع الأمريكـي للأمراض النفسية التعريف التالي للتبول اللاإرادي:أنه تكرار التبول في الملابس أو علي الفراش بغض النظر عن كونه لاإرادياً أو مقصوداً ويحدث مرتين في الأسبوع ويستمر إلي ثلاثة شهور علي الأقل في غياب الأسباب العضوية،ويمكن القول باختصار بأن التبول اللاإرادي لدي الطفل عبارة عن حالة تحدث لدي طفل تجاوز في عمره 3-5 سنوات حيث يصبح مقدور بعـد هـذا العمر التحكم في عمليات الإخراج بسبب نضج الجهاز العصب والجهـاز العضـلي،وأن حالـة التبول اللاإرادية لا تقلق الأهل والمربين في حد ذاتها ولكن الذي يقلقهم ما يصاحب هذه الحالات من مضاعفات واضطرابات في شخصيه الطفل ونفسيته وسلوكه وهذا ما يـدفعهم إلـي طلـب المشورة والعلاج من الطبيب أو الأخصائي (الخطيب،2003: 16).

ويعرف الباحث التبول اللاإرادي:

هو انسكاب البول من المثانة دون تحكم في الانسكاب للبول بعد أن كان قد مر الطفل بالمرحلة التي يكون قد استطاع أن يتحكم في المثانة وفي البول، وذلك قد يكون التبول نهاراً أو ليلاً أو نهاراً وليلاً معاً ، دون أن يكون هناك سبب عضوي للتبول، سوي التعرض للخبرات الصادمة وخصوصا خبرات الحرب علي غزة، ومنها (استشهاد احد الوالدين أو هدم المنزل أو التعرض لأصابه جسدية أو كان يسكن منطقة معرضة للخطر إثناء الحرب).

حدوث المشكلة وانتشارها:

يعتبر التبول اللاإرادي من المشكلات الشائعة عند الأطفال ، فقد تبين أنه يوجد في الولايات المتحدة الأمريكية ما يقارب من3مليون طفل يعانون من الاضطراب، تتراوح أعمارهم بين الرابعة والسابعة عشرة ،وقد تبين أيضا أن 20%من الأطفال في سن الخامسة، و10%في سن العاشرة ما يزالون يبللون فراشهم ليلاً ، وبالرغم من أن الحالة عادة تخف وتقل مع التقدم بالعمر، إلا أن بعض الأطفال تستمر عندهم الحالة حتى مرحله الرشد.وأظهرت الدراسة التي أجراها ارزن(azrin,1987) أن نسبه20% من الأطفال بعمر ثلاث سنوات يعانون من تبول لاإرادي وتنخفض النسبة إلي 15% عند عمر ست سنوات والي 3% في سن 14 وتزداد فرص التحسن كلما عولج الطفل في سن مبكرة،وتختلف نسبة الانتشار من مجتمع إلي آخر ففي دراسة(Allison,walker,1992) أظهرت أن نسبه انتشار مشكلة التبول اللاإرادي في عمر (5)سنوات من 15-20 وفي عمر 10سنوات 5% وفي عمر 14 سنه 2% أما دراسة(Roy meadow,1986)فقد أظهرت أن نسبه انتشار التبول اللاإرادي في عمر5 سنوات تتراوح بين 10-10% وفي عمر 10سنوات تبلغ 7% هذا وقد وجد (Ratter,1973)في دراسته أن نسبة انتشار التبول اللاإرادي بين الأولاد أكثر من البنات (عبد ا ،2001: 286)

وصف المشكلة وتشخيصها:

بالرغم من أن أكثر الأطفال قادرون علي التحكم بالإخراج بـدون صـعوبات، إلا أن اكتساب القدرة علي ضبط التبول قد يتأخر أحيانا.في مثل هذه الحالات قد يستمر الطفل في تبليل ثيابه حتى بعد السن التي يكون فيها قد اكتسب قدرته علي ضبط التبـول، ويسـتخدم مصـطلح التبول اللاإرادي ليشير إلي الحالات التي يتأخر أو يعجز فيها الطفل عن التحكم، وقـد وضـع الدليل التشخيصي و الإحصائي الثالث المعدل والرابع للأمراض النفسـية المعيـار التشـخيص واللوحة السريرية التالية للاضطراب:

1.التبول المتكرر وغير اللاإرادي خلال النهار والليل .

2.يحدث مرتين في الشهر علي الأقل بالنسبة للأطفال بين 5-6 سنوات ، ومرة واحدة في الشهر علي الأقل بالنسبة للأطفال الأكبر سناً.

3.لايعزي إلي أي اضطراب عضوي مثل السكري أو الدوخة والإغماء.

قد يكون التبول اللاإرادي ليلاً حيث يبلل فراشه أو يكون نهارياً حيث يبلل ثيابه أو يجمـع بـين الاثنين و أن التبول النهاري الذي يرافقه تبليل الفراش ليلاً هو حاله نادرة ، ولكـن 30%مـن الأطفال الذين يعانون من التبول الليلي يظهرون أيضا تبولاً نهارياً ، أن التبول الليلي هو الشائع وقد أجريت الكثير من الدراسات حوله، كما تم التمييز بين نوعين من التبول الليلي الـلاإرادي : الأولي ،يعزي إلي الحالات التي يفشل فيها الطفل بتطوير قدرته علي عمليـه الـتحكم بـالتبول إطلاقا ، والثانوي ، حيث يفشل الطفل في التحكم بالتبول بعد أن يكون قد مر بمرحلة اسـتطاع فيها ذلك (عبد ا ،2001: 285) .

العمر الذي يتمكن الطفل التحكم في عمليه التبول بشكل طبيعي:

1. يستطيع الطفل العادي أن يتحكم في عمليه التبول أثناء النوم في أواخر العام الثاني ، وأوائل العام الثالث ، ونسبة قليلة من الأطفال يستطيعون التحكم قبل هذا السن ، نعم هنـاك أطفـال لا يتبولون في فراشهم بعد السنة الأولي ، ولكن لا يقاس عليهم وليسوا القاعدة،

ولكن متى يصبح التبول اللاإرادي مشكله تحتاج إلي البحث والعلاج؟

2. نستطيع أن نقول: أن التبول اللاإرادي للطفل قد أصبح مشكله تحتاج إلي التوقف عنـدها ، والبحث عن حل إذا ظل الطفل يتبول لاإرادياً حتى سن الخامسة من عمره وما بعدها ، بشـكل متكرر.

3. أما إذا حدث التبول اللاإرادي في سن الخامسة وما بعدها ،مرات معدودة وبشكل متقطـع ، فلا داعي للتوقف عندها ، ولنجعلها تمر مر الكرام ، ولا نعتبرها مشكله ، ما دام أنهـا ليسـت عاده ، ولم يتكرر حدوثها (منصور،2002 : 8).

التشخيص الفارق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV :

يجب أن نفكر في الأسباب العضوية التي تؤدى لمثل تلك الحالة وتقـدر نسـبة هـذه الأسباب العضوية بـ 3 – 10% من الحالات ، ونتوقعها أكثر في الحالات التـي تتبـول فـي الفراش نهاراً وليلاً ،وتكون مصحوبة بسلس البول أو عدم القدرة على التحكم حين تأتى الرغبة. وهذه الأسباب العضوية تتمثل في :

1. اضطراب في الجهاز البولي والتناسلي سواء كان اضطراباً تشريحياً أو عصبياً أو التهـاب في المثانة .

2. اضطراب الوعي والنوم مثل الصرع أو التسمم أو المشي أثناء النوم .

3. أعراض جانبية من بعض الأدوية مثل مضادات الذهان (الكلوزابين ، الميليريل ... الخ)

مسار المشكلة ومآلها : Course of the disease and is doomed

البوال يعتبر اضطراب قابل للشفاء الذاتي بمعنى أنه يتحسن تلقائياً مع التقـدم فـي العمـر ونضج الجهاز العصبي، ومع هذا نوصى بالعلاج حتى نتفادى المضاعفات التي تحدث للطفل لو تركناه حتى يتحسن تلقائياً ،وطبقاً لتعريف البوال فإن بدايته في سن الخامسة ، أما البوال الثانوي فبدايته غالباً بين الخامسة والثامنة من العمر ، وأغلب المصابين به يتحسنون في المراهقة ولكن تبقى نسبة 1% بواليين حتى مرحلة الرشد ،أما إذا كانت بداية البوال بعد سن الثامنة أو مرحلـة الرشد فيجب أن نضع في الاعتبار الأسباب العضوية بشكل أقوى ،وفى الأطفال الـذين مـروا بفترة جفاف سابقة ثم حدث لهم البوال يجب أن نفكر في وجود صعوبات نفسية لديهم .

المضاعفات : Complications

لو تركنا حالات البوال بدون علاج حتى تصل إلى الشفاء الذاتي مع تقدم العمر فإننـا نعـرض الطفل المصاب لمضاعفات نفسية خطيرة نذكر منها :

1- ضعف صورة الذات ونقص احترامها وضعف الثقة بالنفس .
2- الخجل والشعور بالدونية .
3- الانطواء وعدم القدرة على التفاعل الاجتماعي بشكل طبيعي .
4- القلق أو الاكتئاب .
5- الحرمان من الذهاب للرحلات والمعسكرات وزيارة الأقارب خوفاً من حدوث الحالة .
6- الخوف من الزواج خاصة عند الفتيات (حمودة ،150:1991)

تقييم الحالة : Case Evaluation

عند تقييمنا لمثل هذه الحالات علينا أن نراعى عامل السن وشدة الحالة ، ففي الأطفـال الأكبر سناً تكون الأعراض مزعجة أكثر وتسبب وصمة للطفل ، وهذا يستدعى تدخلات علاجية

أكثر حسماً ، في حين أن السن الأصغر لا يسبب مثل هذا القلق وبالتالي يسمح بتدخلات علاجية هادئة تأخذ وقتاً أطول ، وهذه الاعتبارات نراعيها أيضاً بالتوازي مع شدة الحالة .

ويتلخص تقييم هذه الحالات في النقاط التالية :

1- التاريخ المرضى للحالة : وهو في غاية الأهمية للوصـول إلـى التشـخيص الصـحيح ولاستبعاد الأسباب العضوية ، ويجب أن يتضمن ذلك التاريخ نمط التبول والتبرز ، والفحوصات المعملية أو الإشعاعية والعلاجات السابقة أن وجدت .

2- الفحص الطبي والعصبي : وهو شامل للبطن والأعضاء البولية والتناسلية والجهاز العصبي

3- الفحوصات المعملية والإشعاعية : تتضمن تحليلاً للبول لاستبعاد أعراض التهاب بالمثانـة أو مرض البول السكري أو البول المائي ، وهذا بالإضافة إلى أشعة علـى الفقـرات القطنيـة والعجزية للاطمئنان على حالة المراكز العصبية في هذه المنطقة خاصة لو وجدنا في الفحـص الطبي أو العصبي ما يدعو لذلك خاصة ما يسمى بحالـة الصـلب المفلـوج Spina Bifida ، فكثيراً ما يتهم الصلب المفلوج على أنه السبب في البوال ، ولتوضيح حقيقة الأمر نذكر ما يلـى (حمودة ، 1991: 151) .

يعرف الصلب المفلوج بأنه فشل التقاء الأقواس الفقارية ، وهو على نوعين :

(أ) الصلب المفلوج الخفي: (Spina Bifida occulta)

حيث يصيب المنطقة القطنية والعجزية من العمود الفقري ، وقد يكون مصحوباً بإصابة الجلـد المغطى له دون إصابة الحبل الشوكى أو السحايا ، وقد تكتشف هذه الحالة عن طريق الصـدفة عند تصوير الفقرات بالأشعة لأي سبب من الأسباب دون ظهور أية أعراض إكلينيكية لها ، وقد يلفت النظر إلى هذه الحالة إصابة الجلد الذي يكسوها بشامة أو ورم دموي أو خصلة من الشعر ، أو حفره في العجز أو ورم شحمي في المنطقة القطنية العجزية من الظهر ، كمـا أن وجـود

اضطراب عصبي قد يشير إلى وجود الصلب المفلوج في بعض الحالات ولهـذا الاضـطراب العصبي أسباب عدة :

1- تشوه أو نقص الحبل الشوكى .

2- ربط الحبل الشوكى إلى أحد الأنسجة المجاورة الذي قد يؤدى شدّة أثناء حركـة العمـود الفقري إلى تلف بالحبل الشوكى .

3- الضغط المباشر على الحبل الشوكى أو ذيل الفرس بواسطة مثير عظمى أو امتـداد ورم شحمي داخل النخاع .

هذه الأسباب المؤثرة على الحبل الشوكى تؤثر على المسارات العصبية فيه فينتج شلل تقلصـي سفلى ، واضطراب إخراج البول الذي يحدث في هذه الحالة هو سلس البول (Incontinence) وليس البوال (Enuresis) ، حيث يكون تنقيط البول مستمراً ليلاً ونهاراً بالإضـافة إلـى مـا يصاحبه من علامات عصبية في الطرفين السفليين ونقص (أواختلال) الإحسـاس فـي منطقـة السرج(Saddle shaped area) .

(ب) الصلب المفلوج الكيسي: (Spina Bifida Cystica)

وفى هذا النوع يكون النقص العظمى متسعاً وتبرز خلاله السحايا والحبل الشوكى أو أحـدهما ، وفى حالة الفتق السحائي فإنه يؤدى إلى شلل ارتخائي في الطرفين وبالتالي سلس البول.

فسيولوجية التبول : Physiological urination

عندما يزيد الضغط داخل المثانة فإن مستقبلات الضغط في الطبقة العضلية لجدار المثانة ترسل تنبيهات إلى الحبل الشوكى ومنه إلى المخ الذي يتم فيه الشعور بالرغبة للتبـول ، فـإن كانـت الظروف مناسبة فإن المخ يرسل إشارات إلى المراكز العصبية في المنطقة العجزية من الحبـل

الشوكى لترسل بدورها إشارات إلى جدار المثانة فينقبض وإلى العضـلة العاصـرة (الصـمام) فترتخي وبذلك يتم إخراج البول ،أما إذا كانت الظروف غير مناسبة فإن المخ يرسل إشارات إلى المنطقة العجزية من الحبل الشوكى لترسل بدورها إشارات إلى جدار المثانـة فيرتخـى وإلـى العضلة العاصرة (الصمام) فتنقبض وبذلك يتأجل فعل التبول إلى حين تأتى ظروف مناسبة ولكي تتم هذه العملية بنجاح يجب أن تكون الوصلات العصبية سليمة وقادرة علـى نقـل الإشـارات المطلوبة ، وكذلك تكون المراكز العصبية في المنطقة العجزية من الحبل الشوكى وفـى المـخ على درجة كافية من النضج ، وأن تكون المثانة في حالة جيدة .

والسؤال : متى يتم نضج المراكز العصبية لكي يصبح الطفل قادراً على التحكم في تبوله ؟

والإجابة أن ذلك يحدث في السنة الثالثة من العمر في جميع الأحوال (إبراهيم ، 1993: 12).

المظاهر الناجمة عن التبول اللاإرادي:Manifestations due to bedwetting

1- اتساخ الفراش وتعرضه للتلف وتلويث هواء غرفه النوم .

2- أعراض ومظاهر نفسيه تكون ناتجة أما عن الشعور بالنقص عند الطفـل أو عـن فقدانـه للشعور بالأمن ومن أمثلتها الفشل الدراسي ، الشعور بالذلة والخجل والميـل إلـي الانـزواء والتهتهه والنوبات العصبية والاستخفاء،وإما عن أعراض تعويضية كالعناد والتخريب والميل إلي الانتقام وكثرة النقد وسرعة الغضب.

3- النوم المضطرب والأحلام المزعجة وتدهور الحالة العصـبية (القوصـي،1969: 298) .

أشكال التبول اللاإرادي : Forms of involuntary urination

1- التبول اللاإرادي الأولي أو الأساسي: Birth

وهو عدم قدره الطفل علي ضبط عمليه التبول لديه منذ الولادة وربما كان لعدم الوصول إلـي مرحلة النضج العضوي، .هذا النوع أكثر انتشارا بين الأطفال وتصل نسبته حوالي 86% تقريبا

بين حالات التبول اللاإرادي الأطفال وتصل نسبته حوالي 86% تقريبا بين حالات التبول اللاإرادي وللعامل النفسي أو التربوي دور ضئيل في ظهور هذا النوع مقارنة بالعامل العضوي.

2- التبول اللاإرادي الثانوي: Secondary

هذا الشكل من التبول يشير إلي أن الطفل تمكن من التحكم في تبوله ، وبشكل جيد لفترة من الزمن ، ثم عاد للتبول ثانية (انتكاس) ونسبة هذا الشكل من التبول تختلف باختلاف الأعمار و تتراوح بين (20-85%) من حالات التبول كما أوجدها العالم هلجرين (الخطيب، 2003: 20)

3 - التبول اللاإرادي الليلي: Nocturnal

هو النوع السائد، ويحدث خلاله إخراج البول ليلاً أثناء النوم فقط، وعادة ما يحدث البول خلال الثلث الأول من النوم، وفي حالات قليلة يحدث خلال فترة النوم المصحوب بحركة العين السريعة وهي التي قد يذكر الطفل فيها حلما خلال عملية الإفراغ وتصل نسبة هذه الفئة من الأطفال حوالي ثلثي حالات التبول اللاإرادي.

4 - التبول اللاإرادي النهاري: Diurnal

وهو إفراغ البول إراديا ساعات الاستيقاظ نهاراً وتظهر هذه الحالات خلال السنوات الأولى من المرحلة الابتدائية، وغالبا ما نجد الطفل يحاول ضم رجليه بسرعة وقت نزول البول ولكن دون جدوى حيث لا يستطيع أن يتحكم في توقفه، وتتراوح نسبة انتشار هذا النوع ما بين 3%، 5% تقريبا من حالات التبول اللاإرادي.

5 - التبول اللاإرادي الليلي النهاري:Nocturnal - Diurnal

وفي هذا النوع نجد الطفل يتبول لاإرادياً في الليل وفي النهار وتصل نسبة هؤلاء الأطفال إلى حوالي ثلث حالات التبول اللاإرادي(الشربيني، 2001: 55).

6 - التبول اللاإرادي النكوصي: Relapse

وهو الذي يحدث بعد أن يكون الطفل قد تعلم التحكم في السيطرة على عملية التبـول وذلـك لفترة لاتقل عن ستة أشهر أو سنة بعدها نجد الطفل ينتكس مرة أخرى ويعود للتبول الـلاإرادي وقد يكون أحد أسبابه الغيرة (الشر بيني،1994 : 14).

7 - التبول اللاإرادي المصاحب للأحداث:Episodic

ويحدث هذا النوع بعد أن يكون قد تعلم الطفل السيطرة على التبول ولكن نتيجة لوقوع حـدث يزلزل كيانه يعود مرة أخرى للتبول لاإرادياً ومن هذه الأحداث وفاة أحد الوالدين، رسوبه فـي الامتحان، تعرضه لحادث مؤلم.. غيرها.

8- التبول اللاإرادي غير المنتظم:Irregular

وفيه يتبول الطفل على نفسه مرة ثم يختفي لمدة طويلة ثم يعود للتبول اللاإرادي مرة ثانية ثم يختفـي وهكذا، ويرتبط هذا النوع بأحداث اليوم أو الليلة التي يحدث فيها التبول اللاإرادي.

9- التبول اللاإرادي المزمن: Chronic

ويظهر في تكرار حالات التبول اللاإرادي بشكل غير مألوف لدي الطفل وانتكاسية حالة الطفـل بعد شفائه مؤقت لفترة ربما تطول نسبيا وربما فشلت أنواع أو طرق العلاج الـدوائي والنفسـي والإرشادي السلوكي ويزداد سوء تصرفات الطفل عما عرف عنه وفي هذا النوع، ربما أجمعت أسباب عضويه وعصبيه ونفسيه ويكون للصدمات التي يتعرض لها الطفل أعراض ، ومن بينها هذا النوع من التبول ، كما يكون للدوافع اللاشعورية ، مثل الانتقام من الأم أو جدب اهتمامها ، دور في استمرار المشكلة وبقائها لديه (العيسوي ، 1999 : 406).

10- التبول اللاإرادي الليلي المنعزل: Bedwetting isolated

وهذا الشكل من التبول اللاإرادي أكثر شيوعاً لدي الأطفال ، وتصل نسبه هذا الشكل من بين حالات التبول اللاإرادي حوالي 65%من حالات التبول اللاإرادي.

11- التبول اللاإرادي النهاري المنعزل: Bedwetting daytime isolated

وهذا الشكل أقل شيوعاً من الشكل السابق وتصل نسبته حوالي (3-5%)من حالات التبول اللاإرادي لدي الأطفال (بشناق،2001: 144).

12- التبول اللاإرادي الدائم أو اليومي: Bedwetting permanent or daily

يتضمن هذا الشكل من التبول فئة الأطفال الذين يتبولون علي أنفسهم كل ليلة وأحيانا في النهار ، لذلك يسمي بالتبول اللاإرادي اليومي، وهو يمثل الحالات الصعبة التي تتطلب تدخل الأخصائي الطبي والنفسي للعلاج وإلا فإن سلوك الطفل وتصرفاته تزداد سوءاً .

13- التبول اللاإرادي العرضي: Bedwetting incoming or accidental

تظهر حالات التبول اللاإرادي فجأة وذلك نتيجة الاصابه بالأمراض أو بسبب الانفصال عن الأم أو الوسط الأسري أو التعرض لأحداث أسرية مؤلمة وينبغي في مثل هذه الحالات توجيه وإرشاد الطفل والأسرة معاً ، وفي هذا الشكل من أشكال التبول تتراكم الأسباب والعوامل العضوية والنفسية والتربوية لأنها غالبا ما تكون من قبل أطفال تجاوزوا عمر الرابعة أو الخامسة، ويكونون من نوع مسرفي النشاط وكثيري الحركة وسريعي التهيج أو الإثارة ، ومع هذا فإن معظم الحالات العرضية لا تشكل خطورة كبيرة علي الطفل ولا تستوجب الخوف والقلق لان معظمها يشفي بسرعة وبمجرد زوال الظروف التي أدت إلي التبول اللاإرادي لدي الطفل ويكتفي الأخصائيون عادة في علاج هذه الحالات ببعض النصائح والإرشادات اللازمة للأهل (الأم) والطفل مع وضع الطفل تحت الملاحظة الاعتيادية خشية تكرار مثل هذه الحالات.

أما حالة التبول اللاإرادي التي يصاحبها حالات تبرز لإرادي فقد أشارت الدراسة التي قام بهـا هالجرين (Hallgren,1966) علي عينه تعاني من التبول اللاإرادي بلغ عددها (194) طفلاً إلي أن حوالي (44) طفلا ذكراُ يعاني من حالة التبرز اللاإرادي كما وجد في دراسة علي عينه مـن الإناث بلغ عددها (95) بنتاً كن يعانين من التبول اللاإرادي أن نسبة منهن تقدر بحوالي(10%) يعانين من حاله التبرز اللاإرادي ، ويري الأطباء أن مثل هذه الأعراض ترجع إلـي عوامـل عضوية ونفسية معاً وأنها اضطرابات لابد من تشخيصها وفهمها بدقة تفاديا لخطورتها علي حياه الطفل وشخصيته ومستقبله(العناني،1995 : 54).

أثر عملية التبول اللاإرادي علي شخصية الطفل:

إن لعملية التبول اللاإرادي أعرضاً سلوكية ووجدانية واجتماعية لدي الطفـل وتشـكل خطورة علي حياة الطفل العامة وعلاقاته وتوافقه مع أسرته ومحيطه ،وقد أجري كل من بلمـان (Bellman) وموز رني(Mozzoni) وبيد وجيني(Bedogni) دراسات علـي عينـات مـن الأطفال الذكور والإناث الذين يعانون من حالات التبول اللاإرادي وتراوحت أعمارهم بين (7-16) سنه وتمت مقارنتهم مع أطفال عاديين من العمر نفسه والجنس والبيئة والمستوي التعليمـي وتبين من هذه الدراسات ان معظم الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي وبنسـبه (82%) منهم كانوا يعانون من الأمور التالية:

- اضطرابات في الطبع والمزاج . القلق الشديد والخوف.
- التصورات الوسواسية. الخجل والانطواء.
- عدم الإحساس بالأمن والطمأنينة. الميول والعدوانية.
- الحساسية الزائدة. الغيرة والعناد.
- فقدان الشهية للطعام. الإحساس بالإجهاد والتعب

وقد أشارت دراسات نفسيه تحليلية إلي أن الطفل الذي يتبول علي نفسه غالبا ما يلجأ إلي السلوك التعويضي مثل العدوان علي الآخرين من الأطفال أو العدوان علي الأشياء وكسـرها وإتلافهـا والهروب من المدرسة ومحاولة السرقة والميل إلي الانتقام وكثرة النقد وقضم الأظـافر ومـص الأصابع وسرعه الغضب والانطواء (الخطيب،2003: 22).

ويري العالم النفسي ماسون (Masson,1966) أن معظم الأطفال الذين يعـانون مـن التبـول اللاإرادي يعانون أيضا من :

- اضطرابات نفسية صراعات شديدة مع الوالدين.
- إحساس بالنقص والدونية. تدهور الحالة الصحية.
- ضعف في التحصيل الدراسي ،وقد أجري العالم الر (Eller) دراسة علي حـالات التبـول اللاإرادي كذلك أجري العالم موزوني (Mozzoni) مجموعه دراسات علـي أطفـال يتبولـون لاإرادياً وتبين لهذين العالمين وجود أنماط الشخصية التالية لدي الأطفال المتبولين لاإرادياً :

- النمط المعارض ويتصف بما يلي:
- العناد والمشاكسة والتمرد. الميل إلي الانتقام من الأهل أو الآخرين.
- معارضه أي محاولة للتدريب. يرون في عمليه التبول أنها تحقق حاجه في نفسيتهم.
- الانفعاليون ويتصفون بما يلي:
- الخوف وكثره البكاء. الحساسية. عدم النضج العصبي والحركي و العضلي.

ج- العصابيون ويتصفون بما يلي:

- الميل إلي الانتقام والتدمير. - العدوان. - القلق والصراع في الشخصية.
- الاضطراب في الغذاء. - الاضطراب في النوم. الإحساس بالتعب والوهن.

د- المتأخرون عاطفياً:

وهم الذين فقدوا العطف والحنان بسبب انفصال الأم عن الأسرة أو بسبب وفاتها أو بسبب تفكك الأسرة مما يجعل الطفل يحرم من عطف ورعاية أبويه ومن عمليه التدريب علي النظافة ، لذلك فان عمليه التبول اللاإرادي تكون لديهم بمثابة تعبير عن الحرمان ووسيلة نكوص وإشـباع مـا يعانونه من حرمان. (العيسوي، 1999: 40)

هـ - المراهقون :

يعتبر التبول لديهم وسيله لتحقق منفعة واشباع لذة شبه جنسي يحقق لدي الطفل بعض الأشباعات الجنسية الجزئية.

مما سبق نجد ان السمات الشخصية والسلوكية التي تطرأ علي شخصيه الطفل الذي يعاني مـن مشكله التبول اللاإرادي تشكل خطورة علي حياته ومستقبله وتشكل قلقا كبيراً للأهل مما يدفعهم إلي طلب المعالجة أو المساعدة الطبية والنفسية والتربوية.

ومما تجدر الاشاره إليه أن هذه السمات ليست هي نتيجة لعمليه التبول اللاإرادي للطفل فقـط ، بل هناك عده أمور تساهم في عمليه التبول اللاإرادي لدي الطفل ومنها:

- عوامل التربية الأسرية .
- ظروف الأسرة.
- عوامل التنشئة الاجتماعية.
- العوامل العضوية.
- العوامل النفسية(الزراد ، 1998 : 142).

أسباب التبول اللاإرادي: Causes Enuresis

هناك رغبه مفرطة قلقة لدي كثير من الإباء والأمهات في معرفه الأسباب التي تجعل طفلهم أو أطفالهم يتبولون ليلا في فراشهم لا إراديا رغم كبر سنهم.

هل هي أسباب عضويه وعصبيه و نفسيه ولماذا أصيب هذا الطفل دون الآخرين ولماذا تكثر في الأطفال الذكور ولماذا تصيب الطفل البكر دون إخوته الصغار وهل هذه الظاهرة دليل علي الضعف العقلي للطفل أم لا في الحقيقة أن الكشف عن الأسباب الكامنة وراء حدوث عمليه التبول اللاإرادي هي الخطوة الأولي في علاج هذه الظاهرة لذا رأيت أن أتناول أسباب التبول اللاإرادي بشكل من التفصيل والتوضيح لتظهر لنا أبعاد المشكلة وحقيقتها وبالتالي يسهل علينا علاجها والتخلص منها بداية أحب أن أقول : أن عمليه التبول الطبيعية تحدث بشكل إرادي تحت سيطرة المخ والجهاز العصبي لذا فان حدوث أي اضطرابات في الجهاز العصبي وخاصة المراكز العليا بالمخ أو المسارات الطرفية للأعصاب التي تصل إلي الجهاز البولي وتتحكم في أداء وظائفه ينشأ عنها ظاهره التبول اللاإرادي،وغالبا ما تكون الأسباب النفسية هي السبب في هذه الاضطرابات العصبية (منصور،2002: 9) .

ويمكنني القول أن الأسباب النفسية تشكل ما يقرب من 96% من أسباب حدوث التبول اللاإرادي عند الأطفال،ويري الكثير من علماء النفس أن التبول اللاإرادي عادة ما يكون عرضا من أعراض سوء تكيف الطفل مع البيئة المحيطة به، لان البيئة لا تشبع الحاجات النفسية الضرورية للطفل وهي الشعور بأنه محبوب والشعور بالطمأنينة والأمن والشعور بالتقدير،أما الأسباب العضوية فلا تتجاوز 4% من أسباب حدوث التبول اللاإرادي.ولما كانت الاضطرابات والأسباب النفسية هي المتهم الأول وراء ظاهره التبول اللاإرادي بين الأطفال ، لذا فإنني سوف

أبدا بتناول أهم هذه الاضطرابات والمشاكل النفسية التي تصيب أطفالنا وتكون من أعراضها ظاهره التبول اللاإرادي (ملحم ،2002: 10)

الأسباب النفسية: psychotically Causes

1- الغيرة بين الأطفال وحدوث التبول اللاإرادي

تتعجب بعض الأمهات أن ظاهره التبول اللاإرادي لم تطرق باب طفلها الكبير إلا بعد ميلاد طفلها الجديد ، وتندهش أم أخري لان طفلها كان قد أقلع عن التبول اللاإرادي ثم ما لبث أن عاد إليه مره آخري ، بعد زيادة الاهتمام بأخيه أكثر منه ، غيره الطفل من المولود الجديد وشعوره بأنه قد احتل المكانة العظمي في قلب الوالدين ، واحتل عرش قلب الأم والأب وهذا الشعور يدفع الطفل القديم ، والذي قد يكون أقلع بالفعل عن التبول اللاإرادي الليلي ، يدفعه إلي الارتداد لهذه العادة ، تعبيراً منه عن عدم الرضا بالوضع الجديد ، ومحاوله منه لجذب انتباه واهتمام الوالدين ويعتبر علماء النفس في هذه الحالة هو في الواقع وسيلة لا شعورية لرده إلي مرحله الطفولة ، والتي كان يتبول فيها لا إرادياً ، وكان وقتها محط اهتمام والديه، وكانت والدته وقتها تهتم بتغير ملابسه مرات عديدة كلما بال علي نفسه ويسمي علماء النفس هذه الحالة ((بعمليه النكوص)) أي الرجوع إلي مرحله سلوكية من مراحل الطفولة الأولي، ليستعيد مركزه واهتمامات الأسرة، ولكن ليس معني ذلك ، أن كل طفل يولد له أخ جديد سوف يصاب بالتبول اللاإرادي ، ولكن في الواقع نجد في معظم حالات التبول اللاإرادي أنه بجانب هذا العامل ، كانت هناك عوامل نفسيه أخري لها أثر علي نفسيه الطفل ، وعند ظهور العامل الجديد (ولادة طفل جديد) تطورت الحالة ، وبدأ ظهور التبول اللاإرادي (الزعبي،آخرون،2000: 174)

2- خوف الأطفال وحدوث التبول اللاإرادي

يعتبر الخوف من الأسباب التي تؤخر عمليه ضبط التبول عند الأطفال وخاصة ليلا وهو نائم ،فالطفل يخاف من الظلام، كما يخاف من أشياء مجهولة وهمية ، رسمها في خياله ، نتيجة لحكايات الكبار له، أو نتيجة لمشاهدة أفـلام مرعبـة ، أو قـراءة قصـص مثيـرة مخيفـة. (بشناق،2001 :146)

3- التبول اللاإرادي نتيجة لفقدان الطفل الثقة بنفسه

الثقة بالنفس مهمة بالنسبة للطفل كما هي مهمة بالنسبة لنا نحن الكبار سـواء بسـوء، والطفل الذي يغرس فيه الوالدان الثقة بالنفس، ويشجعانه سرعان ما ينمو نفسيا ووجدانيا ويتغلب علي متاعب الطفولة بسهولة ، أما الطفل الذي يعمل الوالدان علي إشعاره بعدم الثقة بنفسه فأنهم يجرونه نحو المتاعب ، وهو غالبا ما يتأخر في ضبط عمليه التبول ، ويري علمـاء الـنفس أن موضوع فقدان الطفل للثقة بالنفس، في الغالب سببه الأساسي سلوك الوالدين الخاطئ في تربيـه الأطفال، كيف يؤثر الوالدان في ثقة الطفل بنفسه، نعم قد يساهم بعض الآباء في جعل الطفل يفقد الثقة بنفسه ، فبعضهم يطالب طفله بعمل أشياء ليست في اسـتطاعته ، ثـم يلـح عليـه فـي فعلها ،فيفشل وقد يتسبب هذا الفشل في زرع بدور عدم الثقة في نفس الطفل ويحدث هذا كثيـر عندما يدفع الوالدان طفلهما مثلا نحو المشي في سن مبكرة قبل أن يتم عامه الأول ، معتقدين أنه لابد أن يمشي ،وأنه من الممكن له ذلك في هذا السن ، لأن قرينه ابن الجيران قد تعلم المشي في هذا السن .. وهذا خطأ كبير ، فكل طفل يختلف طبيعة نموه عن الأخر، وهناك حد أدني وحـد أقصي لتعليم مثل تلك الأمور، وما دام هذا الطفل ما زال في هذه الفترة ، فلا خوف عليه ، ولا يجب أن ندفعه لعمل شئ لم يستعد له بعد، ولم ينم بدرجه كافيه لعمله ، لأن هذا الدفع ليس فـي مصلحه الطفل ، بل ضد مصلحته ، ويعوق تقدمه ، فاترك طفلك ينمو بطبيعته ، وينضج حسب

طبيعة نموه ، ولا تقف خلفه تدفعه وتطلب منه التقدم في حين أنه مازال لا يستطيعه بعد، ومما يزرع ثقه الطفل بنفسه ، معاقبة الطفل عند كل صغيرة و كبيرة يرتكبها من الأخطاء، لابد أن يكون لدينا صبر كبير علي الطفل ، فالطفل لاشك يرتكب حماقات كثيرة ، وقد تكون خطيرة، ولكن لنعلم أننا نمثل جزءاً أساسياً من حماقات الطفل الخطيرة، لأننا لو حافظنا علي إبعاد الطفل عن الأشياء الخطيرة في المنزل أو إبعادها عنه ، فلن يتعرض لها، أيضاً من أخطاء الآباء التي تتسبب في فقدان الطفل ثقته بنفسه ، منع الطفل من مزاوله أي نشاط أو أعمال مخافة أن يفشل فيها أو يخربها ، مع توبيخه وأهانته بشكل دائم (منصور،2002: 17)

4- فقدان الطفل الشعور بالأمن:

من أشد الأسباب وراء إصابة بعض الأطفال بالتبول اللاإرادي شعورهم بالقلق ، النفسي ، وفقدانهم الشعور بالأمن والطمأنينة،ومن أهم الأسباب التي تصيب الطفل بالقلق ، وفقدان الشعور بالأمن هو فقدان أحد الوالدين، أو وفاة عزيز عليه، أو نشأه الطفل في بيئة أو أسرة غير ملائمة من حيث سوء المعاملة ، أو عدم تقدير مشاعره ، وحرمانه من الحب الذي يعتبر الغداء النفسي. فالطفل الذي يعيش في أسره يكثر فيها الخلافات والمشاحنات لابد وأن يعاني من الاضطرابات النفسية والإحساس بعدم الطمأنينة وفقدان الشعور بالأمن (فهمي ،1985: 55)

5- الحرمان العاطفي وفقدان الحب:

لا شئ يحتاج إليه الطفل مثلما يحتاج إلي الحب ، إن أخطر شئ علي الصحة النفسية للطفل شعوره بفقدان الحب ، وبأنه من حوله لا يحبونه ولا يولونه الرعاية والعطف، ويمكننا القول أن الطفل يحتاج إلي الحب حاجيته للطعام والشراب ، والطفل الفاقد للحب ، نتوقع منه

مشكلات نفسيه كثيرة ، ومن أهمها مشكلة التبول اللاإرادي وهناك حالات كثيرة مـن الأطفـال المصابين بالتبول اللاإرادي حتى سن متأخرة، كانوا من هؤلاء فاقـدي الحـب ، والعطـف ، والود،وعلينا أن نلاحظ أن الحب الذي نمنحه لأطفالنا ، يختلف عن الرعاية الشخصية بـأكملهم وملبسهم ومشربهم نعم هذه الرعاية نتيجة من نتائج الحب ، وأثر من أثاره ، ولكنها ليست الحب الحقيقي،وأن أغلب المشاكل النفسية ولا سيما مشكلة التبول اللاإرادي ، قد تنشأ من عقدة نقـص لدي الطفل ، بطريقه لا شعورية ، يحاول بها الطفل تعويض نفسه عن شعوره بعدم بالحـب، أو جلب انتباه الأنظار إليه ، أو محاوله استدرار عطف الآخرين، أما الطفل الذي يشـعر بالحـب الدافئ يتمتع بقوه نفسيه هائلة تساعده في التغلب علي ما يتعرض طريقه من عقبـات (بشـناق، 2001: 147)

6- أسلوب عقاب الطفل:

الطفل يحتاج إلي طريقة خاصة في التعامل معه، خصوصا عندما نريد أن نعاقبه علي خطـأ ما قد ارتكبه ، لأن أسلوب عقاب الطفل من الممكن أن يؤثر في نفسيته تأثيرا سلبيا ، مما يتـيح الفرصة لأصابه الطفل ببعض المشكلات النفسية، ومنها التبول اللاإرادي (الطيب،1996: 54).

7- التدليل الزائد:

ليس معني أننا نرفض أسلوب القسوة والبطش مع الأولاد ، ولا نعتمده أسلوباً صـحيحاً لتقويم سلوكياتهم ، أننا ندعو الوالدين لتدليل الطفل ، الزائد عن الحد ،فلقد تبـين مـن اسـتقراء حالات كثيرة للتبول اللاإرادي عند الأطفال أن التدليل والدلع الزائد من الأسباب القوية وراء هذه الظاهرة،فالطفل المدلل يشعر بأنه جوهرة غالية عند الوالدين ، وأنهما لن يقدما علي عقابه مهما حدث، ومهما كانت الظروف وبالتالي يستهزئ بأوامرهما وبكلامهما ، كما انـه يظـل يشـعر

بطفولته وقتا طويلا ، وبالتالي يتأخر كثيرا في ضبط بعض الأمور الخاصة بالطفولة ، وكـذلك يظل اعتماديا علي الغير بدرجة كبيره ، غير قادر علي العمل بنفسه ، مهما كان العمل بسيطا .

ويعتبر علماء النفس أسلوب التدليل والد لع في تربية الأطفال ذا أثار سيئة ومدمره لشخصـيته ، وقد يؤدي به هذا الأسلوب إلي مشاكل واضطرابات نفسيه عديدة(منصور،2002: 28) .

8- التفكك الأسري:

يري نسبة كبيرة من علماء النفس أن أكثر أسباب حدوث التبول اللاإرادي عند الأطفال ، ترجع إلي الخلافات الزوجية ، بين الأب والأم ، وإلي التفكك الأسري.

- فمشاهده الطفل للمشاجرات والخلافات التي تقع بين الوالدين في المنزل لها أثار نفسية سيئة ، تؤثر علي جهازه العصبي ، وعلي طبيعته الانفعالية ، مما يؤدي إلـي تجـدد ظـاهره التبـول اللاإرادي عنده ، ولقد أشارت كثير من الدراسات أن التفكك الأسري ، وانفصال الوالدين كـان سبباً لكثير من حالات التبول اللاإرادي عند الأطفال.

- ولذا ينصح علماء النفس بإخفاء ما يحدث بين الزوجين من خلافات عن الأولاد ، وخاصة إذا كانت هذه الخلافات والمشاجرات عنيفة وشديدة. ، ويري بعض المتخصصين أن لا بـأس بـأن يعلم الأولاد أن هناك ثمة خلافات بسيطة تحدث بين الزوجين بين آن وآخر ، علي أن تكون تلك الخلافات في جو من الأدب العام والهدوء النسبي ، ويبررون ذلك بأنه لابد أن يعلم الأطفـال أن المشاكل والخلافات الزوجية البسيطة شئ طبيعي ، وأن أي أسرة يحدث فيها تلك الخلافات.

- ولابد أن نفهم أطفالنا ، أن اختلاف الوالدين بعضهما مع بعض لا يفسد الحـب بينهمـا ، ولا يمكن أن يؤثر هذا الخلاف علي حبهما للأبناء وباختصار فان الخلاف لا يفسد للود قضية.

- إذن علينا أن نحرص علي ألا يدفع أطفالنا ثمن أخطاء وخلافات ومشاجرات آبائهم وينبغي أن نوفر لهم البيئة العائلية التي يغلب عليها الود والحب والعطف والتفاهم حتى ينشأ أطفالنا بلا عقد

نفسـيه ، أو انفعـالات، وحتـى لا يعـانون مـن التبـول الـلاإرادي (ملحـم،2002: 31)

9- الإفراط في الرعاية:

إن المبالغة في رعاية الطفل وحمايته تنمي عدم ثقة الطفل في الاعتماد على نفسه فـي انجـاز المهام، وعدم تحمله مسؤليه التصرفات السلبية مثل التبول اللاإرادي (عبد ا 2001: 287)

10- الاكتئاب:

قد لوحظ أن الاكتئاب يبدو على بعض حالات التبول اللاإرادي واستخدام علاج الاكتئاب مثـل الايميبرامين يسبب اختفاء التبول اللاإرادي لـدي هـذه الحـالات (بشـناق،2001: 147)

11- التبول اللاإرادي بسبب اضطراب النوم:

قد يكون اضطراب النوم سببا مهما في إصابة بعض الأطفال بالتبول اللاإرادي ، فاضـطرابات النوم هي في الأصل مشكلة نفسية ، وتنم عن شخصية انفعالية غير مستقرة من الناحية النفسية ، وتؤدي اضطرابات النوم إلي عدة أمور منها التبول اللاإرادي ، وهناك العديد من الأسباب التي تؤدي إلي اضطرابات النوم ومن ثم إلي التبول اللاإرادي عند الأطفال في الحقيقة هناك بعـض الأخطاء التي يقع فيها الآباء دون أن يشعروا بالنسبة لنوم الأطفال ، تكـون نتيجتهـا حـدوث اضطرابات في الصحة النفسية للأطفال ، وبعض مشاكل في النوم مثـل: التبـول الـلاإرادي والكلام أو المشي أثناء النوم والكوابيس (منصور،2002: 32).

وأهم هذه الأخطاء هي:

أولاً: أرجحة الطفل ، أو الغناء له قبل نومه ، أو تقديم الثدي له أو زجاجه الرضاعة لكي ينـام، أو رواية قصه أو حكاية له قبل النوم ، أن كثيراً من الأمهات يغرسن هذه العادات في الطفل منذ

ولادته، ومن ثم يجعلنه اعتماديا علي الغير في عملية النوم ، ولا يمكنه أن ينام دون أن يقدم هذه الوسائل .

- ولذا ينصح علماء النفس ، والأطباء النفسيين ، بعدم تعويد الطفل منذ صغره علـي أن ينـام معتمداً علي وسائل مساعده مثل الحكاية أو الغناء والأفضل أن لا تعود الأم طفلها عادة معينـة ينام عليها، ولتجعله ينام بشكل طبيعي

ثانياً : ألزام الطفل إلزاما صارماً بموعد محدد للنوم ، ولا يسمح له تجاوز هذا الموعد ، بل قـد يلجأ بعض الآباء إلي عقاب الطفل لكي ينام.

ويري علماء النفس أن هذا خطأ ، ويرون أن المرونة بالنسبة لموعد نوم الطفل أمر مهم فـلا بأس أن يتجاوز الطفل الموعد المحدد للنوم، بساعة اقل أو أزيد يشارك مثلا في نشاط يهمه، أو ليجلس مع ضيف يحبه ولذا لا داعي لإرغام الطفل علي النوم ، لأن هذا الإرغام يجعل الطفـل ينام وهو يعاني الشعور بالظلم ،والقسوة ومن ثم يصاب باضطراب النوم والتبـول الـلاإرادي أحيانا.

ثالثاً:ترك الأطفال للسهر لفترات طويلة ، دون توجيه أو تفاهم معهم بأن هذا خطأ ، ويؤثر على نموهم،وصحتهم الجسمية والنفسية.وإذا كنا نقول لا داعي لإرغام الطفل على النوم فـي سـاعة محددة فأننا هنا نقول يجب ألا يترك للطفل الحرية بدون بعض القيود لكي ينام متـأخراً ، بـل يجب بالتفاهم معه ، تحديد ساعات التي يتجاوزها عند السهر (منصور،2002: 33).

رابعاً : السماح للأطفال بقراءة القصص الخرافية ، المرعبة ، أو مشاهدة أفلام الرعـب قبـل النوم.

ومن الأخطاء أيضا تخويف الطفل قبل النوم ، برئية بعض الحكايات المرعبة عليه مثل قصة

((أمنا الغولة)) وغيرها ، وكذلك من الخطأ تخويف الطفل لكي ينام ، مثل قولنا نام أحسن أبـو رجل مسلوخة يخطفك) وغير ذلك كل هذه الأخطاء تغرس الخوف والقلق في نفـس الطفـل وتصيبه باضطرابات أثناء النوم ، وكوابيس ، وتبول لإرادي.

خامساً : نزع الطفل من اللعب ، المنهمك فيه ، والمنفعل فيه، لكي ينام، فهذا الانتزاع القسـري، يجعله في حالة غضب وتوتر وهياج، وهي حالة لا يجب أن تسبق النوم ولكن علينـا أن ننـذر وننبه الطفل بترك اللعب بعد مهلة محددة، بعد ربع ساعة ،او نصف ساعة مثلا ، لكـي يسـتعد للنوم.

سادساً: عدم الاهتمام بمكان نوم الطفل ، كأن يكون شديد الظلمة ،أو شديد الحرارة ، أو في اتجاه تيارات الهواء أو أن يكون الفراش ناشفاً غير مريح، أو أن يكون المكان كثير الضوضاء، كـل هذه الظروف غير الملائمة تجعل نوم الأطفال مضطرباً وغير مفيد للطفل،ولذا يجب علي الآباء تجنب هذه الظروف السيئة المحيطة بنوم الطفل حتى ينام في هدوء ولا يعـاني مـن التبـول اللاإرادي .

سابعاً: إيقاظ الأطفال ليلا ، عند حضور الأب من العمل مثلا ، لكي يلاعبه ، أو ليقدم له هديـة اشتراها له ، فيؤكد علماء النفس أن إيقاظ الطفل بعد نومه يضر بالصحة النفسية للطفل.

ولا يلجأ لإيقاظ الطفل إلا في حالات التبول اللاإرادي حتى يسمح للطفل للتبول في دورة المياه، حتى يعتاد التبول الإرادي ، ويتخلصوا من مشكلة التبول ليلاً في الفراش ، وإن كان هناك بعض الأطباء يتحفظون في عملية إيقاظ الطفل ليلاً لكي يتبول في دورة المياه .

ثامناً: الاعتماد كلياً علي الخدم أو المربيات ، في تنظيم أوقات نوم الأطفال ، دون متابعة جـادة من الآباء والأمهات فهناك بعض المربيات والشغالات يستخدمن شتئ الوسائل السـليمة والغيـر

سليمة ،لكي ينام الأطفال ، وبالتالي الاستراحة منهم بالإضافة إلي هؤلاء الخدم لا يكفلون للطفل ما تكفله الأم له من الحب والرعاية والحرص علي راحته (ملحم ،2002: 3)

الأسباب الفسيولوجية: physlogical Causes

المقصود هنا بعد العوامل الفسيولوجية العامة كعدم نضج الجهاز العصبي ، وخاصـة الجهاز العصبي المستقل المسئول عن التحكم في عمله التبول ، حيث تضـعف قدرتـه علـي التحكم أثناء النوم ،وذلك لفشله في تكوين الفعل المنعكس الشرطي الذي يتم من خـلال عمليـة التدريب وهناك بحوث آخري فسرت التبول الليلي اللاإرادي علي انه ناتج عن نقص ليلي فـي الهرمون المضاد لإيراد التبول ،وقد لوحظ أن هذا الهرمون يوجد لدي الأطفال الأسوياء أثنـاء النوم أكثر منه إثناء اليقظة (بشناق،2001: 145).

الأسباب الجسمانية:physical Causes

الواجب الأول في دراسة حالات التبول هو الفحص الجسمي الدقيق الشامل ، فقد يكون هناك أسباب جسمية عامة كفقر الدم ، أو الاضطرابات النفسية العامة ، أو انتشار التكوسـينات في الجسم لوجود بؤرة للتو كسين يجب البحث عنهما ومهاجمتها ، وقد يكـون هنـاك أسـباب جسمية محلية كائنة في الجهاز البولي كالكليتين ، أو المثانة أو مجري البـول ، وقـد تكـون الأسباب الجسمية المحلية مما يؤثر في الجهاز البولي كالتهاب المستقيم مثلا ويبالغ بعض الناس في أهمية الأسباب الجسمية دون غيرها ويبالغ آخرون في أهميه الأسباب النفسية دون غيرها ولكن ندعو إلي ضرورة الاهتمام بهما معا وندعو كذلك إلي ضرورة التثبيت مـن عـلاج مـا يحتمل وجوده من عوامل جسمية.

ويمكن تقسيم العوامل الجسمانية التي يجب فحصها في التبول إلي ما يأتي:

1- حاله البول ووجوب معرفة ما إذا كانت درجة حموضة البول عاليـة ، أو إذا كـان هنـاك التهابات في حصوات في الكلية أو التهاب في الحالب أو المثانة.

2- حاله التهاب مجري البول.

3- كثرة التبول وقد يكون متسببا من مرض السكر بنوعيه، أو أحداهما ينشأ من اختلال إفـراز بعض أجزاء الغدة النخامية ، والثاني ينشأ من عدم كفاية الأنسولين الذي تفرزه الغدد الموجـودة في البنكرياس .

4- التهاب المستقيم (القوصي، 1982 :291)

5- الديدان المعوية والبلهارسيا والأنكلستوما. .

6- عدم التحام العمود الفقري في أجزائه السفلي .

7- الإمساك وسوء الهضم.

8- تضخم اللوز والزوائد الأنفية.

9- الحالات العامة كالإنهاك العصبي وفقر الدم ونقص الفيتامينات ومن الجائز أن يستمر البول

10- بعد علاج العامل الجسمي بحكم العادة فيجب بعد ذلك العمل علي تكوين العادات اللازمة للتغلب علي البول في أثناء النوم (دبابنه ، 1984 :223).

11- تسوس الأسنان.

12- ضيق مجري البول وضعف القوي العقلية (الديواني،1979 : :148).

13 – الوراثة : لوحظ أن أقارب الدرجة الأولي للأطفال البوالين كانوا بواليين في نسبة تصـل إلي (75%) ،كما أن معدل تطابق حدوث البوال بين التوائم المتماثلة أكثر من بين التوائم الغيـر

متماثلة وبرغم من احتمال العامل الجيني إلا طرق التدريب في هذه الأسرة وظروف الطفـل النفسية والاجتماعية لا يمكن عزلها.

14 - صغر حجم المثانة الوظيفي : حيث تكون المثانة طبيعية ولكنها تحملها لكميـات البـول ضعيف ، لأن فحص مثانة هولاء الأطفال أثناء تبنيج كشف عن طاقة (سعة) طبيعية لها ، ولكن المشكلة تكمن في ضيق المثانة الوظيفي ، الذي يمكن أن يفسر كأحد أعـراض القلـق (تـوتر المثانة).

15- نقص نضج الجهاز العصبي المستقل ولكنها المسئول عن الـتحكم فـي عمليـة التبـول، حيث تضعف قدرته علي التحكم أثناء النوم ، ووصفه(البوال) بعض الباحثين علي انه اضطراب مرتبط بالنوم مثل المشي أثناء النوم ، وقد لاحظوا أنه حدث التبول لدي هؤلاء الأطفال يقع فـي الجزء الأول من النوم ، خلال النوع الغير مصحوب بحركة العينين السريعة ، عبر المـرحلتين الثالثة والرابعة منه ، وقد فسروا هذا البوال علي أنه صعوبة في الاستيقاظ كاسـتجابة لامتـداد المثانة والرد علي هولاء الباحثين انه في هذا الوقت المبكر من النوم (الساعات الثلاث الأولي) تكون كمية البول المتكونة أقل من أن تملأ المثانة ، ومن ثم لا يوجد تنبيه من جدار المثانة كـي يستجيب له الجهاز العصبي.

الأسباب التربوية : Educational Causes

إن الأسلوب الذي يتعامل به الأطفال أو يتعايشون معه ينعكس علي ظهور بعض الاضـطرابات من عدم ظهور تلك الاضطرابات مثل التبول اللاإرادي والنقاط التالية تعكس ذلك الأمر

1- تقصير بعض الآباء في إكساب أطفالهم العادات الحسنة ، وفي مشكلة التبول اللاإرادي ربما رجع ذلك الخطأ إلي تقصير الأبوين أو عجزهما في تكوين عادة ضبط البوال ، وقد يعود الأمر

أيضا إلي عدم مبالاة الوالدين بمراقبة الطفل ومحاوله إيقاظه ليلا في الأوقات المناسـبة لقضـاء حاجته أو أرشاده للذهاب إلي الحمام قبل النوم.

2- سوء علاقة الطفل بأمه الذي يعود إلي الأم ويضعف الرابطة بينهما يجعل تدريب الأم علـي التحكم بعضلات المثانة أمرا صعبا.

3- الاهتمام المبالغ فيه في التدريب علي عملية الإخراج والتبول والنظافـة ، وإتبـاع أسـلوب القسوة والضرب أو الحرمان من أجل أن تعلم الطفل التحكم في عملية التبول.

4- الوقوف ضد النمو العضوي ، بالتسريع أو التعجيل بتكوين أعاده التحكم أو السيطرة علـي البول.

5- المبالغة في الحماية الزائدة للطفل من قبل الأم والمبالغة في التسامح والتساهل أو الصـمت عندما يحدث التبول اللاإرادي من قبل الطفل فالطفل ربما يفسر الحنان والتراخـي كنـوع مـن الاهتمام.

6- التفكك الأسري وفقدان الطفل الشعور بالأمن مثلما يحدث في حالات تـرك احـد الوالـدين للمنزل أو كثرة الشجار بين الوالدين أمام الأطفال.

7- عدم الإعداد السابق للذهاب إلي المدرسة ، أو تكوين فكرة مخيفة عن المدرسين لدي الطفل

8- وجود زميل متفوق يزيد مشاعر الغيرة لدي الطفل.

9- وفاه شخص عزيز علي الأسرة ممن كانوا يعتنون بالطفل. (بشناق،2001: 146)

الأسباب الوراثية : Iuherital Causes

هل للوراثة دوراً في انتقال ظاهرة التبول اللاإرادي عبر الأجيال في العائلة الواحدة؟

لوحظ في بعض حالات العائلات ، أنه أحد الوالدين يعاني في طفولته من التبـول الـلاإرادي ، فهناك احتمال بمعاناة بعض أبنائهم من هذه الظاهرة في سن الطفولة ، معنـي هـذا أن عامـل

الوراثة موجود وواضح في هؤلاء الأطفال ،وهذا ما أكدتـه أحـدث الدراسـات عـن التبـول اللاإرادي، وحيث تشير بعض الدراسات ((frary)) إلي أن مشكلة التبـول الـلاإرادي مشـكلة وراثية بدليل أن آباء الأطفال المتبولين لاإرادياً كانوا يعانوا من هذه المشكلة بنسبة 32%آبـاء و20%أمهات وأيد ((Katter)) ذلك فوجود أن 52%من أسر هولاء الأطفال لهم فرد أو أكثـر يعاني من التبول اللاإرادي في صغره أو لا يزال يعاني منه(عوده،1984).

ويري اسمان(Esman،1977) أن ما يقارب ثلاث أضعاف حالات التبول موجـود بـين آبـاء الأطفال المتبولين لاإرادياً منها بين آباء الأطفال غير المتبولين لاإرادياً عندما كـانوا أطفـالاً. (الزعبي،1994: 54).

الأسباب الاجتماعية: social Causes

تعتبر الظروف الأجتماعيه التي يعيش فيها الطفل أحد الأسباب الرئيسية المسـؤلة عـن مشكلة التبول اللاإرادي عند الطفل ويتضح من خلال التنشـئة الاجتماعيـة الغيـر صـحيحة والظروف الاجتماعية مثل كثرة عدد الأطفال الذي يؤدي إلي نقص تدريب الأم للطفـل علـي التحكم في المثانة ، كما أن القسوة في المعاملة وشعور الطفل بعدم الثقة وعدم الأمان يؤدي إلي التبول،وأيضا التدليل الزائد يجعل الطفل متعود علي نيل كل شيء دون تعب وعندما يتعـرض لموقف يطلب منه القيام بعمل قد يؤدي به إلي نكوص والتبول علي نفسه فالتدليل لا يقل أثر عن القسوة في المعاملة فالخطأ الذي يرتكبه الآباء عند معاقبة الطفل عندما يبلل فراشه بقسوة يـؤدي إلي زيادة المشكلة ،كما أن للخلافات الأسرية دوراً في عدم تمكين الطفـل مـن الـتحكم فـي مثانته.كما أن أثارة الغيرة والتنافس بين الأخوة قد يؤدي إلي النكوص لدي بعض الأطفال الذين لم يتعودوا علي نيل كل شئ براحة ويحدث التبول اللاإرادي،قد يخطأ الوالدين عند ضرب الطفل

علي كل شئ يعمله كان نسبة الخطأ فيه كبيرة أو صغيرة مما يعرض الطفل إلي البـول علـي نفسه (بشناق،2001: 147) .

الأسباب البيئية: Environmental Causes

وتتمثل في اضطراب البيئة الأسرية وتشبعها بالاضطراب الانفعالي وعدم الاتساق فـي عملية التنشئة الاجتماعية ، وتبني إما أسلوب متساهل متجاهل مما يؤخر عملية التدريب ويؤدي إلي فشل تعليم التحكم في المثانة في السن المناسب ،أو تبني أسلوب عقـابي صـارم ، فيكـون الإصرار علي التبول اللاإرادي عملا عدوانياً موجهاً ضد الأسرة.

أسباب مباشرة للتبول: Direct Causes of Enuresis

التخلف العقلي: Mental Disability

لا يوجد علاقة بين التخلف العقلي والتبول اللاإرادي وفي حالة التخلف العقلي الشديد فانه يكون مصاحباً للتبول اللاإرادي .

مرض السكر:

تنتشر ظاهرة التبول اللاإرادي في الأطفال المصابين بمرض السكر ،بل هناك بعـض حـالات مرض السكر في الأطفال ، تم تشخيصها عن طريق كثرة وتكرار عملية التبول اللاإرادي.

نوع الطعام:

في الحقيقة هناك بعض المأكولات لها آثار سلبية ، وتزيد من فرصة تعرض الأطفال لظـاهرة التبول اللاإرادي كما يلي :تناول الأطعمة الغنية بالماء ، وخاصة قبل النوم تزيد من كمية البول المتراكمة في المثانة ، ومن ثم تزيد فرصة تعرض الطفل للتبول اللاإرادي، وأهم هذه الأطعمة:

الألبان ، الفواكه مثل البطيخ والشمام والعنب والخوخ الخضروات ، الخضـراوات الطازجـة: الطماطم والخيار و الخس ، العصائر المختلفة، وهناك بعض المشروبات المدرة للبول، أي تزيد من كمية البول المتراكمة في مثانة الطفل مثل: الشاي ، القهوة، عصر القصب، المياه الغازية.

وتشكو بعض الأمهات من أن طفلها يعاني من التبول اللاإرادي عند تناول بعض الأطعمة مثل الشيكولاتة ، الأسماك، اللبن ومنتجاته، ويرجع الباحثون السبب إلي وجود حساسية للطفل اتجـاه هذه المأكولات ، وينصحون بتقليل تقديمها للطفل إذا كان هناك حساسية منها،وعلي العكس مـن ذلك ، هناك بعض المأكولات عند تقديمها للطفل تقال من فرصة تعرضه للتبول اللاإرادي مثـل عسل النحل والأطعمة الغنية بفيتامين ب المركب مثل خميرة الخبيز.

الإمساك:

يلاحظ أن الأطفال الذين يعانون الإمساك بشكل مستمر ، أكثر إصابة بالتبول الـلاإرادي عـن الأطفال الطبيعيين ، ويعزي ذلك إلي تأثير الإمساك علي عمل المثانة (عبد ا ،1997: 78)

يري الباحث أن التبول اللاإرادي هو ظاهرة يتفاعل في ظهورها مجموعة من العوامـل أهمهـا العوامل البيئية النفسية المحيطة بالطفل في الأسرة والمدرسة والمجتمع وأنها كثيراً مـا تكـون مصحوبة ببعض المظاهر السلوكية غير السوية مثل الخوف والغيرة وشدة الحساسـية والقلـق النفسي والشعور بالنقص وضعف الثقة بالنفس ، ويري الباحث من خلال عمله كمرشد نفسـي في المدارس الابتدائية التابعة لوكالة الغوث الدولية أن من أكثر أسباب التبول الـلاإرادي هـي إلصاق التهمه بالطفل وأساليب التنشئة الخاطئة وخصوصا الإهمال والإرهاق التي يتعرض لـه الطفل بسبب سوء الأوضاع الاقتصادية حيث يقومون الأطفال بالعمل (عمالة الأطفـال) وهـذا يودي إلي حرمانهم طفولتهم ، وأيضاً التدليل الزائد و المبالغ فيه من قبل بعض الوالدين .

النظريات المفسرة للتبول اللاإرادي: Explaining theories

(أ) التفسيرات السيكودينامية: psydenamic Explaination

تفترض التفسيرات السيكودينامية أن التبول اللاإرادي ينشأ من الصـراع اللاشـعوري ويري فرويد علي سبيل المثال أن التبول اللاإرادي يحل محل الاستمناء masturbation ، وهو أمر مرفوض ومستهجن ، ويفترض منظرون آخرون أن التبول اللاإرادي صورة من العـدوان السلبي ، ينشأ من الجاذبية الأديبية ، أو أنه ينتج عن النكوص لمرحلة نمائية سابقة وذلك بسبب عامل المنافسة والغيرة من ولادة طفل أصغر ، واهتمام الأسرة بالطفل الجديد ، ومن ثم يكـون التبول رد فعل نكوص لإثارة انتباه الأسرة ومحاولة لا شعورية من جانـب الطفـل لاسـترداد الاهتمام المفقود ولموجهة الصراع المكبوت ولكن التفسيرات لا تستند إلي دعم امبيريقي (يوسف ، 1958 : 57).

(ب)التفسيرات السلوكية: Behavioral Explaination

تفترض نظريات التعلم أن الأطفال المصابين بالتبول قد فسروا ببسـاطة فـي تكـوين الرابطة الشرطية الخاصة بإفراغ المثانة والذهاب إلي الحمام عند امتلائها.

ويشير الدليل الطبي الحديث إلي أن نشاط عضلات سطح الحوض تقدم تأييدا للقول بأن الأطفال الذين يبلون الفراش يفشلون في تعلم التقليص (الانقباض) التلقائي لهذه العضلات عند النوم.

(العناني ، 1958 : 60).

(ج) التفسيرات الاجتماعية :Social Explaination

1- أساليب المعاملة الوالدية اللاسوية :

ترجع مشكلة التبول اللاإرادي في أحيان كثيرة إلى سوء معاملة الوالدين للطفـل واسـتخدامهما للعقاب والتهديد ومحاولة السيطرة والتحكم في كل تصرفاته، ولذلك نجد أن الطفل يحاول الانتقام منهما من خلال قيامه بالتبول اللاإرادي في محاولة لا شعورية من لإثارة ضيق وخنق الوالدين

2 - خطأ التدريب على التحكم في عملية البوال :

هناك العديد من الأخطاء التي يرتكبها الوالدان غير تدريب ابنهما على التحكم في عملية البوال، فقد نجد من الوالدين من يحاول التعجيل في التدريب على تلك العملية المعقدة قبل اكتمال نضـج أجهزة الطفل التناسلية في قدرتها في السيطرة على البول، ومن الأخطاء التي ترتكب من بعض الآباء قيامهم بالتساهل عندما يتبول الطفل لاإرادياً اعتقاداً منهم بأن ذلك نوع من الحنان ولعـدم إغضاب الطفل، وإن كان ذلك يعني إهمالها في تدريب الطفل على التحكم في تلك العملية، ومن الأخطاء أيضا التي يرتكبها بعض الآباء في حق الطفل معاملته بقسوة شديدة أثناء تدريبه علـى عمليتي التبول والإخراج كنوع من المبالغة في الحفاظ على نظافته مما يترتب عليه فشـله فـي السيطرة على عملية التبول .

3 - أسباب مدرسية :

قد يرجع التبول اللاإرادي إلى خوف الطفل من المجتمع المدرسي عند بداية التحاقه بالمدرسة، أو نتيجة لخوفه من معلم بعينه يعاقبه بشدة أو لغيرته من بعض زملائه الذين يتفوقون عليـه أو

فشله في القدرة على التحصيل الدراسي، أو نتيجة لمعايرة زملاءه له بسبب ما ، أو لغير ذلـك من الأسباب التي تؤدي به إلى النكوص مرة أخرى لمرحلة سابقة .

4 - التفكك الأسري :

يعاني بعض الأطفال من فقدان الشعور بالأمن والطمأنينة داخل المنزل نتيجة للصراعات التـي تحدث بين الوالدين، والمشاجرات التي قد تحدث أمامه وما يترتب عليها من خلافـات أو تـرك أحد الوالدين للمنزل أو نتيجة لزواج الأب أو زواج الأم ، وإلى غير ذلك من المشكلات التي قد تتسبب في حدوث مشكلة التبول اللاإرادي (عبد ا ،2001: 286)

علاج التبول: Treat ment of Enuresis

هناك العديد من الوسائل العلاجية لحالات التبول وهى تتدرج من إتباع بعض التعليمات البسيطة إلى العلاج السلوكي والعلاج النفسي وأخيراً العلاج الدوائي ، ويتم اختيار الوسـيلة أو الوسائل العلاجية بعد التقييم الكامل للحالة بواسطة الطبيب المتخصص ، ويراعى في الاختيـار سن المريض وشدة الحالة وتعاون الأسرة ، فالأطفال بين الخامسة والسابعة يسـتحب أن نبـدأ معهم بالوسائل البسيطة (غير الدوائية) أما الأطفال الأكبر سناً أو الحالات الشديد فربما نفكر في أكثر من وسيلة من بينها العلاج الدوائي ، وفلسفة العلاج هنا هو أننا نساعد الطفل على التحكم بوسائل وإجراءات خارجية على أمل أن يكتسب القدرة على التحكم في وقت مـن الأوقـات أو يحدث النضج التلقائي للأجهزة العصبية ، وبالتالي نحمى الطفل من مضـاعفات الحالـة التـي ذكرناها آنفا وبناءاً على ذلك يجب أن نشرح للوالدين وللطفل (إذا أمكن) طبيعة العـلاج ودوره ومدته لكي يكونوا متعاونين معنا في تحقيق أهداف العلاج ،وهناك بعض الحالات ربما لا ترغب في العلاج طويل المدى ولكنها تحتاج فقط للعلاج فى فترات مؤقتة حين الذهاب فـي رحلـة أو

معسكر أو زيارة لأحد الأقارب لفترات محددة ، والعلاج يكون مفيداً أيضاً فـي تحقيـق هـذه الأهداف .

و الخطوة الأولي هي أجراء فحص طبي للطفل، ومقابلة الطفل والأهل ، وتطبيـق الاختبـارات السيكولوجية (اختبارات الذكاء واختبارات الخوف،والغيرة،ورسم الرجل، ورسم الأسرة) وذلـك للتأكيد فيما إذا كان الاضطراب عضـوي أم وظيفـي ، ويجـب أن يكـون فـي الأذهـان أن الاضطراب العضوي يجعل الطفل يبلل ثيابه في أحلام اليقظة أيضا بينما الاضطراب الـوظيفي غالبا يجعل الطفل يبلل ثيابه وفراشه ليلاً ،وتكون معالجة التبول اللاإرادي العضـوي بمعالجـة السبب أما التبول اللاإرادي الوظيفي أو النفسي فيتجه في علاجه إلي الطرق الآتيـة أو بعضـها حسب كل مرحلة.

أ- العلاج الطبي: Medical therapy

- ويستخدم العلاج الطبي في حالة وجود الأمراض الجسمية أو السبب العضوي فـي التبـول ، ويستفاد في ذلك في قليل من الحالات بالعلاج الجراحي أو استخدام الأدويـة مثـل التوفرانيـل tofranil أو الدكسدين Dexedrine وهي تحتوي علي مركبان كيميائية ضد الاكتئاب والخوف والقلق ولكنها تستخدم هي وغيرها لعلاج التبول.

- يتم إجراء طبي : لفحص الجهاز البولي والتناسلي وجهاز الإخراج، وإجراء التحاليل للبـول والبراز والدم بالإضافة إلى الفحص بالأشعة وفحص طبيب الأنف والأذن والحنجرة، وذلك للتأكد من عدم وجود التهابات أو أسباب مهيجة للطفل أو خلل في تركيب البول أو وجود ديدان بالبراز وعدم وجود تضخم لحمية خلف الأذن، وبطبيعة الحال إذا جاءت الإجراءات الطبية كاشفة عـن وجود علة عضوية فإن الأمـر لا يعقبـه خطـوات تاليـة إلا بعـد فشـل العـلاج الطبـي (بشناق،2001: :148)

ب- العلاج النفس تربوي: psycho-educational

- وذلك بتوجيه الإباء إلي خطوات العلاج النفسي وكيفيه معامله الطفل بالبعد عـن القسـوة أو التهديد وكيفيه تعويد الطفل علي ضبط نفسه أطول مده ممكنه ، وتجنب العادات غير الصـحيحة التي مارسها الآباء وكانت خاف التبول اللاإرادي لدي الطفل.

- ويمكن استخدامه مع الحالات التي فشل فيها العلاج الطبي ويكون الهدف منه تخليص الطفـل من مشاعر الغيرة والقلق ورفع مستوي الثقة بالنفس ومعامله الطفل بعيدا عن القسوة ، وتعويـد الطفل علي ضبط نفسه.

- ومن أهم أساليب العلاج النفسي في حالات التبول اللاإرادي العلاج بالاستبصار ويقـوم هـذا النوع من العلاج علي تبصير الطفل بمشكلته وصراعاته النفسية ومواجهـه الإحبـاط ، ويقـوم المعالج علي تنميه ثقته بنفسه وتحسين علاقاته بنفسه والآخرين ، بل يعمل علي توجيـه عنايـة الوالدين والمدرسين وتبصيرهم بالمشكلة وكفائتة مما يخفـف عنـه مشـاعر القلـق والـذنب (عبد ا ،2001: 148)

العلاج السلوكي:Behavioral therapy

يعتر هذا العلاج من الأساليب الحديثة في علاج التبول الإرادي ، وتقوم فكـرة العـلاج السلوكي على أساس أن الطفل قد اكتسب هذه المشكلة نتيجة عدم تدريبه الصحيح على عمليـات الإخراج ، ويهدف العلاج السلوكي على إعادة تربيه الطفل وتدريبه بطريقه صحيحة وقد اثبـت نجاح هذا الأسلوب في علاج كثير من الحالات وأهم طرق العلاج السلوكي .

أ- **التعليم الإجرائي** هي طريقه سكنر في التعليم الإجرائي وتقوم على أساس تدريب الطفل على عمليات ضبط المثانة بتعزيز السلوك المقبول وعدم تعزيز السلوك الغير مقبول فيه حتى يتعلم الاستجابة الصحيحة وتختفي المشكلة ومن أهم أساليبه:

1. **لوحه النجوم jtar chart** ويكون بالطلب إلى الطفل على الاحتفاظ بسجل الأيام المبللة والليالي الجافة ويتم إبراز الليالي الجافة على اللوحة بواسطة نجوم ذهبيه ، أن يعطى الطفل مكافئه على الليالي الجافة كأن يقضي الوالد معه فتره إضافية من الوقت عند كل مرحلة تحسن يقوم الوالداين بالثناء على الطفل ، أما بالنسبة لليالي المبللة فيتجاهل الأبوين ذلك وقد وجد أن لوحه النجوم فعاله مع صغار المتبولين لا إرادياً وفيما يلي نموذج لهذه اللوحة

برنامج التدعيم الإيجابي :

الأربعاء	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الخميس	الجمعة
			□	□	□	

ب- التعليم الشرطي:

1- طريقه الجرس والوسادة :

بدا استخدام العلاج السلوكي بالتعليم الشرطي في الثلاثينات من القرن العشرين عندما قام مورر ومور وهذه الطريقة من الطرق الناجحة في علاج هذه الحالات،فبعد استخدام هذا الأسلوب لمده شهرين أو ثلاثة نجح حوالي 70% من الحالات،يتكون الجهاز من وساده رقيقه خاصة للتدريب توضع فوق سرير الطفل وتحت الطفل مباشرة ،بحيث عندما يتبول ليلا يغلق دائرة كهربائية ، مما يؤدي إلي رن الجرس وأضاءه المصباح فما من شأنه إيقاظ الطفل وأخذه إلي الحمام،وعندما يتعلم الطفل ضبط المثانة بهذه الطريقة ترفع الوسادة والجرس، وبعد استخدام هذه الطريقة لمده

أربعين سنة، تبين نجاحها في علاج 70%الي90% من حالات التبول اللاإرادي غير الناجم عن أسباب عضويه ينام الطفل علي وساده أو وسادتين تتصل بجهاز إنذار يعطـي صـوتا ممـاثلا للطنين وعندما يتبول الطفل علي الوسادة ، فأن البول بذاته يغلق الدائرة الكهربائية فيصدر جهاز الإنذار أصواتاً (الزعبي،1994: 117).

2. طريقة إيقاظ الطفل ليلاً :

كما استخدم التعليم الشرطي عن طريق إيقاظ الطفل ليلاً تكون الطريقة الأولي بتحديـد الوقـت الذي يبول فيه الطفل ثم ضبط الساعة للمنبه بحيث ترن قبل البول،وبعد مرور أربع ليالٍ متتالية بدون تبول علي الفراش بهذه الطريقة يتم ضبط المنبه لينطلق بعد مرور ساعة ونصـف مـن ذهابه إلي النوم ثم بعد 60 دقيقه بعد النوم ثم 45ثم30 دقيقة،وبعدها علي الطفل أن يتعود الذهاب إلي المرحاض بدون منبه كل ليلتين مرة حتى يلغي استخدامه تدريجياً (العزة،1999: 186)

ومن الطرق الأخرى لعلاج التبول اللاإرادي:

1- طريقه كروسبي(Crosby) حيث استخدم جهازاً يؤدي إلي إحداث صدمة كهربائية وذلك في حاله تبول الطفل علي نفسه،ويتلقي الطفل هذه الصدمة بواسطة جهاز بسيط يوضـع علـي المنطقة التناسلية.

2- طريقه ليفبوند(livibond)قام ليفبوند بتطوير طريقه في علاج التبول اللاإرادي أسـماها (طريقه الأشاره المزدوجة) وهي عبارة عن قطعه لباد ودائرة كهربائية تعمـل علـي إحـداث إشارتين عند خروج البول من المثانة وتكون الأشاره بمثابة منبه مزعج (معزز سالب) يـؤدي إلي إزعاج الفرد النائم ومضايقته وكراهيته لهذا المنبه وهذه الإشارة أو المنبه المزعج فتـؤدي

إلي تقلص العضلة العاصرة للمثانة ومنع خروج البول بحيث تقف عمليه البول بحيث يفيد فـي استدعاء أي مساعده ضرورية من الأم.

استخدام التحليل النفسي:

حيث يري جماعه التحليل النفسي أن قلق الطفل ومخاوفه هي أساس عمليه التبول اللاإرادي لديه كما يرون أن خبرات الطفل العنيفة تعتبر تربه خصبه لنشأه الاضطرابات التي تقف أمام النمـو الطبيعي لقدرات الطفل وطاقته ومهارته ويمكن لصراعات الطفل الداخلية أن تتحول إلي عرض بدني هروباً من حاله الصراع النفسي أو القلق المؤلم ودون أن يدرك الطفل الدافع إلي ذلك.ويفيد التحليل النفسي للأطفال في علاج حالات التبول اللاإرادي التي ترجع إلي صراعات ومخـاوف عميقة، وفي الكشف عن الوسائل الدفاعية التي يلجأ إليها الطفل من أجل التخفيف من صـراعاته وما هي المكاسب التي يحققهـا الطفـل مـن وراء تبولـه الـلاإرادي علـي نفسـه ويـذكر وليام(William,1986) أن نتائج العلاج التحليلي غيـر مشـجعه كمـا ويـودر كوهرسـن (Cohrssen,1965) في دراسته أن نتائج العلاج النفسي الفردي لم تكن ذات دلاله مقارنه مع طرق لعلاج الأخرى لحالات التبول اللاإرادي ويـذكر أزريـن (Azrin) أن العـلاج النفسـي التحليلي لم يتوصل إلي نتائج جديدة. (الخطيب،2003: 66).

استخدام التوجيه والإرشاد:

تهدف عملية التوجيه النفسي إلي:

- مساعده الطفل علي فهم مشكلاته وتفسيرها والعمل علي التخفيف من أثرها.
- تحديد اتجاهات وأهداف واضحة تساعد الطفل علي التكيف بصوره صحيحة.
- الحفاظ علي نمو الطفل ونضجه وتحسين شخصيته.
- أما عمليه الإرشاد فهي عمليه فردية وتفيد في :

- معرفه مشكلات التوافق لدي الطفل داخل الأسرة وفي المدرسة ومع الأصدقاء.
- معرفه قدرات الطفل للاستفادة منها في تدريبه علي عادات التبول الصحيحة.
- تهيئه الجو للطفل للإفصاح عن مشاعره.

وتفيد عمليه التوجيه والإرشاد في توجيه وإرشاد أهل الطفل صاحب المشكلة من أجل الاهتمـام بمشكلة طفلهم ومعاملته بهدوء وعطف والابتعاد عن القسوة والضرب ومن أجل التعـاون مـع المرشد للتخلص من هذه المشكلة.

وهناك طرق أخري تستخدم لمعالجه حالات التبول اللاإرادي ومن هذه لطرق:

أ- العلاج بواسطة الدراما النفسية:

يوضع المريض الذي يتبول لاإرادياً في وسط مسرحي ويطلب منه القيام بتمثيل دور تلقائي له دلالة نفسية وبهذا يعبر المريض عن مشاعره بشكل تلقائي حر وينفس عن انفعالاته ويعبر عـن دوافعه الكامنة وعن اتجاهاته العميقة تتطلب هذه الطريقة المعالج الماهر المدرب القـادر علـي اختيار المواقف التي تحدث تأثيرا علاجيا نفسيا لدي المريض.

ب- استخدام طريقه التغير في التغذية الراجعة لمعالجة التبول اللاإرادي:

تعتبر هذه الطريقة من الطرق الحديثة والمساعدة لطرق العلاج الأخرى ويستفاد من هذه الطريقة في المجالات التالية: مجال علم النفس والطب والعلاج الفيزيائي والسلوكي.

وتعرف التغذية الراجعة بأنها نظام علاجي تعليمي يعتمد علي أجهزة الكترونية تفيد فـي جعـل المريض يتعرف علي حالته الفيزيولوجية التي لا يعي درجه توترها أو استرخائها.

أن أعطاء المريض هذه المعلومات عن حالته الفيزيولوجيه تمكنه مـن الحفـاظ علـي صـحته والمساهمة في علاج حالته ، وفي هذه الطريقة يتم وضع بعض الأقطاب علي أجزاء مناسبة من جسم المريض ، وهذه الأقطاب تعكس حالة البدن بواسطة تغذيه راجعـة صـوتية أو ضـوئية

بصرية،ويمكن بواسطة التغذية الراجعة علاج آلام الرأس والصداع الوعائي والتبول الـلاإرادي وقد استخدم هذه الطريقة كل من بيكوف (Pykov,) وماري جونز (الخطيب، 2003: 69)

ويفيد أيضا في هذا الجانب توجيه نظر الآباء لمراعاة بعض القواعد للحـد مـن مشـكلة التبـول اللاإرادي الليلي، ومن هذه الاعتبارات والقواعد ما يلي:

1- تعويد الطفل نهاراً على ضبط نفسه أطول مدة ممكنة.

2- تعويد الطفل الاستيقاظ ليلاً والذهاب إلى الحمام وخلع ملابسه.

3- منع الطفل من تناول كميات كبيرة من السوائل قبل النوم.

4- منع المواد الحريفة أو المالحة عن الأطفال ليلا، لأنها تتطلب شرب كميات من المياه.

5- الابتعاد عن القسوة في المعاملة والتهديد بالعقاب على تبوله لاإرادياً .

6- عدم تأنيب الطفل على سلوك التبول اللاإرادي، وإطلاق الألقاب السيئة عليه.

7- إذا كان الطفل يخاف من الظلام فليوضع في غرفة نومه ضوء أو إناء خاص بالتبول.

8- تعزيز الطفل ومكافأته على عدم التبول في أحد الليالي وإخطاره بأنه سوف يحرم مـن هذه المكافأة إذا لم يستطع التحكم في التبول مرة ثانية.

9- عدم مقارنة الطفل بأخوته الآخرين القادرين على التحكم في عملية التبول.

10- تجنب التصرفات التي تثير غيرة الطفل من المولود الجديد.

11- توفير جواً هادئاً في المنزل، وخصوصاً قبل ذهاب الطفل إلى النوم.

12- الحيلولة دون استماع الطفل أخباراً مزعجة وخاصة قبل نومه.

13- تحديد فترات جلوس الأطفال أمام التلفاز وتحديد البرامج التي يمكن مشاهدتها.

14- إضاءة الحمام في الليل أو إضاءة غرفة الطفل عند حاجته لذلك، وأضاءه الطريق إلـي الحمام.

15- قراءة القصص المحببة إلى الأطفال قبل النوم لتهدئتهم. .

16- تعويد الطفل على دخول الحمام وقضاء حاجته قبل نومه مباشرةً.

17- التنبيه على إخوته الكبار بعدم السخرية منه لأن ذلك يؤذيه ويعقد وضعه.

18- مكافأة الطفل وتشجيعه وخاصة بعد ليلة لم يتبول فيها بفراشه، والنظر لتبوله اللاإرادي كحالة طبيعية في ظروف غير طبيعية لا يملك الطفل القدرة على مواجهتها

وعلى الوالدين تقبل ذلك ومحاولة التعامل مع المشكلة كالتالي:

1- تقبل هذا السلوك كشيء طبيعي... وأن يشرحوا ذلك للطفل لكي يشعر بالأمان.

2- توفير الدفء والحنان والدعم للطفل.

3- أن يقول الأهل لطفلهم أنهم يحبونه وليسوا غاضبين منه.

4- إذا استيقظ الطفل مبتلاً وباكياً، فلا بأس أن يقوم الوالدين بتغيير ملابسه بهدوء، وأن يهدئ من روعه، وكذلك لا بأس أن يحضنه ويجلس بقربه حتى يعود للنوم ثانية.

ويري الباحث أن أكثر الأسباب الرئيسية وراء هذه المشكلة ترجع إلي الأسباب النفسية وخصوصاً عند الأطفال الذين مروا بخبرات وصدمات مؤلمة أثناء الحرب مثل قصف المنازل، والخوف، والانفصال عن الوالدين، والقتل والتدمير، ومشاهد العنف بشكل مباشر، وغير مباشر، لذا فالتبول اللاإرادي يحتاج إلي تضافر جهود البيئة المحيطة بالطفل، ولاسيما الأم والأب، خصوصاً بعد الحرب الأخيرة علي قطاع غزة.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

دراسات تناولت موضوع المشكلات السلوكية

دراسات تناولت موضوع السلوك العدواني.

دراسات تناولت موضوع تشتت الانتباه والحركة الزائدة.

دراسات تناولت موضوع الخوف.

دراسات تناولت موضوع التبول اللاإرادي.

تعقيب عام علي الدراسات السابقة.

مقدمة:

بعد الإطلاع الواسع من قبل الباحث علي الأدب التربـوي والتـراث العلمـي وعلـي مخزون علم النفس في هذا المجال، و قيام الباحث بتجميع أكبر عدد من البحـوث و الدراسـات سواء المحلية أو العربية أو الأجنبية، قام الباحث بانتقاء بعض البحوث و الدراسات السابقة فـي جميع المجالات التي تخدم وتقوي دراسة الباحث الحالية، وعليه فقد اتفق الباحث مع المشـرف علي الدراسة بأن يقوم بعمل تصنيف مرتب لهذه الدراسات، لذلك سوف يعرض الباحث هنا لأهم البحوث والدراسات العربية والأجنبية التي تناولت المشكلات بصورة مباشرة أو غير مباشرة مع موضوع الدراسة الحالية.

هذا وقد تم تصنيف البحوث والدراسات السابقة إلي أربع مجموعات علي النحو التالي:

المجموعة الأولي: وتختص بالدراسات التي تناولت المشكلات السلوكية.

المجموعة الثانية: وتختص بالدراسات التي تناولت السلوك العدواني.

المجموعة الثالثة: وتختص بالدراسات التي تناولت الانتباه والحركة الزائدة.

المجموعة الرابعة: وتختص بالدراسات التي تناولت الخوف.

المجموعة الخامسة: وتختص بالدراسات التي تناولت التبول اللاإرادي.

أولاً الدراسات التي تناولت موضوع المشكلات السلوكية:

أ- الدراسات الأجنبية:

1. دراسة (جاتون وآخرون Gayton .et .al ،1982) :

بعنوان: " المشكلات السلوكية لأطفال ما قبل المدرسة "

هدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات السلوكية لأطفال ما قبل المدرسة، وتكونـت عينـة الدراسة من (204 طفل) من الجنسين تراوحت أعمارهم ما بين (3 – 6) سـنوات. حيـث تـم استخدام قائمة المشكلات السلوكية(Behavior Problem Checklist)، ونظام التقدير للنشـاط الزائد والسلوك الانسحابي لـ (بيل ولدروب)، ومن خلال نتائج التحليل العاملي ظهر أن هناك أربعة أبعاد رئيسية لمشكلات السلوك لدى الأطفال هي: اضـطرابات سـلوكية، واضـطرابات شخصية، وعدم النضج، وانحراف اجتماعي، وأن السلوك المضرب والانحرافـات الاجتماعيـة ترتبطان بدرجة عالية مع بعد النشاط الزائد بينما يرتبك عدم النضج واضطراب الشخصية مـع بعد الانسحاب.

2. دراسة (جتمان Guttmann ،1983) :

بعنوان: " أسباب المشكلات السلوكية في المدرسة الابتدائية من وجهة نظر المعلمين والتلاميذ وأمهاتهم"

هدفت الدراسة إلى التعرف على أسباب المشكلات السلوكية في المدرسة الابتدائية مـن وجهـة نظر المعلمين والتلاميذ وأمهاتهم، وتكونت عينة الدراسة مـن (28) معلمـاً، و(220) تلميـذاً، و(107) من الأمهات، حيث طُلب منهم أن، يحددوا أسباب المشكلات السلوكية لـدى التلاميـذ، وذلك باستخدام قائمة للمشكلات السلوكية تتضمن (26) مفردة تعكس عوامل عزو أسباب السلوك

الذي يمثل مشكلة،وأظهرت النتائج أن كلاً من التلاميذ والمدرسون يعزون أسـباب المشـكلات السلوكية إلى عوامل خارجية (بعيدة عنهم)، في حين عزت الأمهات أسـباب المشـكلات إلـى عوامل داخلية خاصة بهن.

3. دراسة (بليشمان ورفاقه Belchman .et. al ،1985):

بعنوان: " المشكلات السلوكية وعلاقتها بالكفاءة الاجتماعية والأكاديمية في مرحلة الطفولة "

هدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات السلوكية وعلاقتها بالكفاءة الاجتماعية والأكاديميـة في مرحلة الطفولة. حيث بلغ عدد العينة (608) تلميذ وتلميذة من الصف الثاني إلـى الصـف السادس الأساسي في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تم تطبيق العديد من المقاييس فـي هـذه الدراسة مثل مقياس الإنجاز الأكاديمي، والكفاءة الاجتماعيـة، والسـعادة والطمـوح المهنـي. وأظهرت نتائج الدراسة أن المعلمون نسبوا كثيراً من المشـكلات السـلوكية للمجموعـات ذات المهارة الاجتماعية أكثر مما نسبوه لبقية المجموعات ذات المهارات الأكاديمية التـي أحـرزت لنفسها معدلات جيدة في الكفاءة المعرفية، وكان معدلها متوسطا لمعـايير المشـكلات النفسـية والسلوكية المتعلقة بالشخصية.

4. دراسة (أشنباخ وآخرون Achenbach et .al ،1991):

بعنوان " دراسة مسحية للمشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال من (4 – 16) سنة "

هدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات التي يعاني منها الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من (2600) طفلاً من المحولين إلى عيادات نفسية للعلاج، والعدد نفسـه (2600) مـن الأطفـال العاديين، والذين تتراوح أعمارهم ما بين (4 – 16) سنة، وقد شملت العينة (48) ولايـة مـن الولايات المتحدة الأمريكية وتمثت كلا الجنسين،ومن الأدوات التي تم استخدامها فـي الدراسـة قائمة المشكلات السلوكية التي وجهت للآباء والأمهات، وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك فروقاً

دالة إحصائيا بين مشكلات الأطفال المحولين لعيادات نفسية والأطفال العاديين، كما بينت النتائج تشابه كلا من الأب والأم في تحديد المشكلات الموجودة لدى أطفالها في كل من العينتين، وكانت أهم المشكلات التي يعاني منها الأطفال المحولين إلى عيادات نفسية مقارنة مع الأطفال العاديين هي: عدم القدرة على الانتباه (22%)، والانسحاب (16%)، والقلق (61%)، والمشكلات الاجتماعية (14%)، والانحراف السلوكي (16%)، العدوان (15%)، والمشكلات السيكوسوماتية (8%)، والمشكلات الإدراكية (11%).

5. دراسة (وانج ولايو Wang & Liu، 1992):

بعنوان " المشكلات السلوكية الصادرة عن أطفال الأسر ذات الطفل الواحد والأسر التي لديها أكثر من طفل"

هدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات السلوكية الصادرة عن أطفال الأسر الصينية ذات الطفل الواحد والأسر التي لديها أكثر من طفل، وتكونت عينة الدراسة من (173) طفل من الصفوف الثالث وحتى الخامس الابتدائي، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن المشكلات السلوكية أكثر انتشاراً بين أطفال الأسر ذات الطفل الواحد عنه بين أطفال الأسر إلى لديها أكثر من طفل، وكذلك وجد أن المشكلات السلوكية منتشرة بين الأولاد أكثر من انتشارها من البنات.

6. دراسة (راماسوت وباباثيودوروا Ramasut & Papatheodorou، 1994):

بعنوان: " إدراك المعلمات للمشكلات السلوكية في دور الحضانة "

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى إدراك المعلمات للمشكلات السلكية في دور الحضانة باليونان. حيث طبقت الدراسة على عينة مكونة من (225) معلمة في مرحلة الرياض من اللاتي يتعاملن مع أطفال دور الحضانة والذين تتراوح أعمارهم ما بين (4-6) سنوات وأكبر، فأوضحت نتائج الدراسة إلى أن 14.3% من الأطفال تم تصنيفهم على أنهم يعانون من مشكلات

سلوكية، كما توصلت الدراسة إلى أن الأولاد يعانون من مشكلات سلوكية أكثر من البنات، بينما البنات يعانين من مشكلات انفعالية أكثر من الأولاد، كما وجد أن الأولاد والبنات يعانون علـى حد سواء من مشكلات نمائية متقاربة.

7. دراسة (زهاو Zhou، 1997):

" المشكلات السلوكية لدى أطفال ما قبل المدرسة في الريف الصيني "

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى انتشار المشكلات السلوكية وتكرارها في الريف الصيني، ومدى تأثير بعض المتغيرات المتعلقة بالطفل مثل العمر والجنس والمتغيرات المتعلقـة بالعائلـة مثل الترتيب الولادي والوظيفة والمستوى التعليمي على انتشار المشكلات السلوكية، حيث تألفت عينة الدراسة من (877) طفلاً تتراوح أعمارهم من (3 – 8) سنوات، حيث أجاب أولياء الأمور عن أسئلة الأداة الخاصة بسلوك الأطفال، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فـروق ذات دلالـة إحصائية من ناحية متغير العمر، حيث أظهر الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمـس سـنوات مشكلات تتعلق بالنشاط الزائد، وأخرى تتعلق بضعف الانتباه، وثالثة تتعلق بالقلق مع مجمـوع أكثر في عدد المشكلات من الأعمار الأخرى،كما أظهرت النتـائج وجـود فـروق ذات دلالـة إحصائية تتعلق بالجنس، فالأطفال الذكور يواجهون مشكلات تتعلق بالنشاط الزائد وقلة الانتبـاه والنسيان أكثر من الأطفال الإناث، أما من حيث متغيرات الترتيب الولادي والوظيفة والمسـتوى التعليمي فلم تظهر أية فروق ذات دلالة إحصائية، كما أظهرت نتائج الدراسة بأن نظرة أوليـاء الأمور الصينيين نحو مشكلات سلوك الأطفال تتشابه مع أقـرانهم فـي المجتمعـات الثقافـات الأخرى.

8. دراسة (هرست وأنسلي Harrist & Ainslie ،1998):

بعنوان: " أثر الخلاف الزواجي على مشكلات الطفل السلوكية "

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تأثر الخلافات الزواجية على المشكلات السلوكية حيث تناولت علاقة الطفل بوالديه، وتكونت عينة الدراسة من (45) طفلاً في عمر (5) سنوات، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة غير مباشرة بين الخلافات الزواجية وكل أعراض الانسحاب الاجتماعي والسلوك العدواني لدى الأطفال، كما أوضحت نتائج الدراسة أن سلوك الأبوين العاملين يساهم في توجيه سلوك أطفالهم.

9. دراسة (جلبرت Gillbert ،1999):

بعنوان: " المشكلات السلوكية لدى الأطفال ومدى تكرارها ضمن مطالبات القضاء في رعاية الأحداث الأمريكية "

هدفت الدراسة إلى فحص طبيعة المشكلات السلوكية للأطفال ومدى تكرارها ضمن مطالب القضاء في رعاية الأحداث الأمريكية، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأمهات والآباء والمعلمين ذوي العلاقة بالأطفال الأحداث، حيث قاموا بتعبئة قائمة تدقيق خاصة بأنماط المشكلات السلوكية لأطفال الأحداث، وقد تم تقسيم الأطفال ضمن مجموعات وذلك بناء على متغير الجنس، وفيما إذا كان للطفل أشقاء أم لا وقت إجراء الدراسة، وبعد تحليل البيانات والمعلومات الخاصة بالأطفال التي تم تقديمها من قبل الأمهات والآباء والمعلمين ذوي العلاقة بالأطفال الإحداث، تبين أن الأمهات قد قمن بتقديم معلومات أكثر عن المشكلات السلوكية للأطفال من الآباء والمعلمين، كما ظهر أن البنات أقل إيجادا للمشكلات السلوكية من الأولاد، وأوضحت النتائج كذلك بأن الأمهات يؤكدن بأن الأطفال الذكور الذين لهم أشقاء قد أظهروا مشكلات سلوكية أقل من أقرانهم الذين لديهم أشقاء.

10. دراسة (لامبرت وآخرون Lambert .et .al ، 1999) :

بعنوان: " المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال والمراهقين المحولين من العيادات النفسية "

هدفت الدراسة إلي التعرف على المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال والمراهقين المحولين من العيادات النفسية، والمقارنة بين الأطفال والمراهقين الأمريكيين الذين ينتمون إلى أصول أفريقية ونظيرهم الأمريكيين الذين ينتمون إلى أصول جامايكية، وكذلك دراسة أثر الاختلافات الاجتماعية والثقافية على مشاكلهم ، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال والمراهقين المنحرفين ذوي المشكلات السلوكية والمشكلات الانفعالية من سن (4 – 18 سنة) من خلال مسح لسجلات الأطفال والمراهقين الجامايكيين والأفريقيين الموجودة بالعيادة ، وكشفت نتائج الدراسة بشكل دال على أن مشكلات الأطفال والمراهقين الأمريكيين الأفريقيين أكثر من مشكلات نظيرهم الأمريكيين الجامايكيين .

11. دراسة (أويا Oya ، 2000) :

بعنوان" العلاقة بين ظهور العنف والمشكلات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين المترددين على العيادات النفسية "

هدفت الدراسة إلي التعرف على تقصي العلاقة بين ظهور العنف والمشكلات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين المترددين على العيادات النفسية، وتكونت عينة الدراسة من (270) طالب وطالبة من ذوي الدخل المحدود في مناطق الضواحي ممن يترددون على العيادات النفسية وممن تتراوح أعمارهم ما بين (4-18) سنة ومن ثلاثة أصول عرقية هي: مجموعة بيضاء ومجموعة سوداء وثالثة من أصول أمريكية لاتينية وبعدد متساوي تقريباً، ومن الأدوات التي تم استخدامها لقياس مظاهر العنف نموذج تقارير الآباء وقائمة التدقيق الخاصة بسلوك الأطفال، وقد أظهرت

نتائج الدراسة بأن الأعمار والأصول العرقية، ترتبط وبدلالة بالخبرات الكلية للأطفال في مجال العنف ومستوياته. أما الجنس فلم تظهر علاقة ذات دلالة إحصائية سـواء بمسـتوى العنـف أو مجاله. كما وأظهرت النتائج عن وجود ارتباط ذي دلالة إحصائية مع قائمة التـدقيق الخاصـة بالعنف بصورة عامة وبكل من المشكلات السلوكية الظاهرية والباطنية خاصةً.

12. دراسة (أبين وآخرون Eapen et.al ،2001):

بعنوان: " الاضطرابات السلوكية في الطفولة لدى عينة من مجتمع العين "

هدفت الدراسة إلي تقييم معدلات انتشار المشكلات السلوكية والعاطفية بين عينة من المواطنين في الإمارات العربية المتحدة، وتكونت عينة من (620) شخص من المواطنين في الإمـارات العربية المتحدة ممن تتراوح أعمارهم بين (6 – 18) سنة، واستخدم الباحثون في هذه الدراسة استبيان الوالدين لـ روتر، وقد أحرز (11.8%) من الأطفال درجات تزيـد عـن الـدرجات الفيصل الدالة على الاضطرابات السلوكية، وتبين أن معدل انتشار الاضطرابات السلوكية أكثر بين الأطفال الذكور، بينما كانت المشكلات العاطفيـة أكثـر بـين الإنـاث، وتبـين أن هـذه الاضطرابات السلوكية ترافقت مع بعض الصعوبات الحياتية المزمنة غيـر النوعيـة، أو مـع صعوبة تعامل الوالدين مع أطفالهم أو مع سوابق عائلية لاضطرا بات نفسية، لا أنه لم يلاحـظ ترابط دال إحصائيا مع الجنس أو الحالة الاجتماعية والاقتصادية أو حجم العائلـة، أو أحـداث الحياة الحاضرة. وتدل نتائج هذه الدراسة على وجود اضطرابات سلوكية لدى عدد لا يسـتهان به من الأطفال في سن المدرسة.

ب – الدراسـات العربية:

1. دراسة (عبد الرحمن ، 1989) :

بعنوان: " دراسة مسحية لمشكلات الطفولة المتأخرة في محافظة الشرقية "

هدفت الدراسة إلى التعرف على أهم مشكلات مرحلة الطفولة المتأخرة، وتكونت عينة الدراسـة من (319) طفلاً (166) من الذكور و(153) من الإناث تتراوح أعمارهم من (9-12) سـنة ، حيث تم اختيارهم من أطفال مدينة الزقازيق (165) طفل ومن قريتين مجاورتين (155) طفـل، وطبق عليهم اختبار الذكاء غير اللفظي (عطية مهنا)، وقائمة المقابلـة التشخيصـية لمشـكلات الأطفال (إعداد الباحث) ، وتوصلت الدراسة إلى نتائج أهمها تشيع المشكلات الآتية في مرحلة الطفولة المتأخرة (المشكلات السلوكية 42.5%، مشـكلات النـوم 37%، ثـورات الغضـب، المخاوف المرضية، المشكلات المدرسية، الهلاوس الحسـية، الاضـطرابات السيكوسـوماتية) لصالح أطفال الحضر، بينما كانت الفروق لصالح أطفال الريف في مشكلة (اللزمات العصبية) والمخاوف المرضية 35.11%، الاضـطرابات السيكوسـوماتية 34.19%، القلـق 33.22%، اللزمات العصبية 29.7%، ثورات الغضب 25.7% ، مشكلات العلاقة مـع الرفـاق 19.2%، هلاوس حسية 17.4% ، مشكلات منزلية 8.15% ، مشـكلات الإخـراج 5.7% ، مشـكلات مدرسية 5.7% ، مشكلات الصحة والتغذية 4.57%) .

2. دراسة (العمران و عبادة ،1993):

بعنوان: " المشكلات السلوكية الشائعة لدى أطفال مرحلة الرياض في ضوء بعـض متغيـرات البيئة الأسرية بدولة البحرين "

هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة وحجم المشكلات السلوكية للأطفال كما يدركها الوالـدان في المرحلة العمرية (3-6 سنوات)، ومدى شيوع هذه المشكلات، وتكونت عينة الدراسـة مـن

أطفال الروضة في الأعمار (3-6 سنوات) بدولة البحرين ويلغ عددهم (546 طفلا)، ووالـديهم (546 أباً ، و546 أماً)، ومن الأدوات التي استخدمت في الدراسة قائمة المشكلات السلوكية من (3-6 سنوات) وهي من (إعداد وتقنين الباحثين)، ولمعالجة بيانات الدراسة اسـتخدم البـاحثين الأساليب الإحصائية التالية: المتوسطات الحسابية والانحرافـات المعياريـة والنسـب المئويـة ومعاملات الارتباط، وتحليل التباين أحادي الاتجاه وتحليل التباين ثلاثي الاتجاه، واختبار شـافيه للمقارنات المتعددة، وكشفت نتائج الدراسة أن أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً ومرتبـة ترتيبـاً تنازلياً كالتالي (الأنانية، مشكلات الغذاء، الخوف، النشاط الزائد، أمراض الكلام، العناد والتمرد، الاعتمادية الزائدة، قلة النظافة الشخصية، الغضب والانفعالية الزائدة، عدم القدرة على التأجيـل، عادات اجتماعية غير مرغوب فيها، الغيرة)، كما أظهرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيا بين الأطفال الذكور والإناث في بعض المشكلات السلوكية كما يدركها كلاً من الآباء والأمهات، وبينت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين فئات العمر المتلفة للأطفال في المشكلات السلوكية الشائعة كما تدركها الأمهات والآباء، كما وبينت النتائج عن وجود فروق دالـة إحصـائيا بـين أطفال العينة تعزى إلى ترتيبهم الميلادي.

3. دراسة (أبو ناهية ،1993) :

بعنوان: " بناء قائمة المشكلات السلوكية لدى الأطفال في البيئة الفلسطينية بقطاع غزة "

هدفت الدراسة إلي بناء قائمة المشكلات السلوكية لدى الأطفال في البيئة الفلسطينية بقطاع غزة، وقد تمت عملية التقنين من خلال دراستين الأولى تضم عينة مكونة من (98) طفلاً عاديـاً فـي حين تكونت الثانية من (60) طفلاً عادياً ومشكلاً، وقد مرت عملية بناء القائمة بعـدة مراحـل وتكونت من ستة مجالات فرعية هي: (النشاط الزائد، والسلوك المنحرف، والعـادات الغريبـة، واللزمات العصبية، وسلوك التمرد، والسلوك العدواني، والسلوك الانسحابي)،وقد حسب ثبـات

المقاييس الفرعية وكذلك صدقها بطرق مختلفة فتبين أنها تتميز بثبات واستقرار مرتفع، وتتميـز بدرجة عالية من الصدق.

4. دراسة (طنجور،1998) :

بعنوان: "الاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية لدى أولاد المطلقـين، دراسـة ميدانيـة مقارنة في المدارس الابتدائية بمدينة دمشق"

هدفت الدراسة للتعرف على الاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية الأكثر انتشاراً لدى فئة من الأطفال الذين انفصل والداهم بالطلاق، وكذلك بحث مدى الارتباط ما بين تلك الاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية وظاهرة الطلاق ومتغيرات شخصية واجتماعية أخرى. واشتملت عينة الدراسة على (152) تلميذاً وتلميذة من أولاد المطلقين، يقابلهم (152) تلميذ وتلميـذا مـن أولاد غير المطلقين، ومن الأدوات التي استخدمها الباحث استبانة الاضـطرابات والمشـكلات السلوكية (إعداد: الباحث) أعدها بالاستناد إلى بطاقـة سـلوك الأطفـال (Child Behavior Checklist) وفق النموذج الألماني، واستخدم الباحث التحليل الإحصائي العـاملي، واختبـار ستيودت (ت)، وتحليل الانحدار مع تحليل التباين، والتحليل الفريقي، وأظهرت نتائج الدراسة أن أولاد المطلقين يعانون من أشكال مختلفة من الاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية، والتي لم تظهر عند أفراد العينة المقارنة مع أولاد غير المطلقين.

5. دراسة (خضر ،1999):

بعنوان: " المشكلات السلوكية لدى أطفال الرياض من 4-6 سنوات في محافظة غزة "

هدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات السلوكية الشائعة لدى أطفال الرياض مـن (4 – 6 سنوات) في محافظة غزة كما تدركها الأمهات والمعلمات، ووضع برنامج إرشادي لتعديل أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى الأطفال، وشملت عينة الدراسة أمهات أطفـال الريـاض فـي

محافظة غزة وعددهن (415) أماً ومعلمات الرياض وعددهن (54) معلمة. ومن الأدوات التـي تم استخدامها: قائمة المشكلات السلوكية لأطفال الرياض (إعداد جيهان أبو الراشد وعبد اللطيف عبادة، 1993)، والبرنامج الإرشادي (من إعـداد الباحثـة). واسـتخدمت الباحثـة الأسـاليب الإحصائية التالية: المتوسطات الحسابية والانحرافـات المعياريـة والنسـب المئويـة والأوزان النسبية، ومعاملات الارتباط، واختبار (ت) T.Test.وتوصلت الدراسة إلى النتـائج التاليـة، أن أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى إأطفال الرياض من (4-6 سنوات) في محافظة غزة كمـا تدركها الأمهات والمعلمات كانت هي: مشكلة التوتر وعدم القدرة على التأجيل، مشكلة الخوف، مشكلة العناد والتمرد، الاعتمادية الزائدة، مشكلة الغيرة وانه توجد فروق دالـة إحصـائيا فـي المشكلات السلوكية الشائعة لدى أطفال العينة كما تدركها الأمهات كما أظهرت وجود فروق دالة إحصائيا في المشكلات السلوكية الشائعة لدى أطفال العينة كما تدركها المعلمـات عـدا مشـكلة الخوف. كما أظهرت وجود فروق دالة إحصائيا في المشكلات السلوكية الشـائعة لـدى أطفـال العينة كما تدركها الأمهات تعزى إلى مستوى تعليم الأمهات. كما أظهرت عدم وجود فروق دالة إحصائيا في المشكلات السلوكية الشائعة لدى أطفال عينة الدراسة. كما أظهرت وجـود فـروق دالة إحصائيا في المشكلات السلوكية لدى أطفال عينة الدراسة من حيث إدراك الأمهات وإدراك المعلمات لتلك المشكلات. كما أظهرت فاعلية البرنامج المستخدم في تعديل المشكلات السـلوكية الأكثر شيوعاً.

6. دراسة (الغامدي وآخرون ،1999) :

بعنوان: " المشكلات السلوكية في المرحلتين المتوسطة والثانوية بمحافظة جدة التعليمية "

هدفت الدراسة للتعرف على حجم انتشار ظاهرة السلوك العدواني علـى الـزملاء والمعلمـين وممتلكات المدرسة بين الطلاب، وحجم انتشار ظاهرة حمل السلاح والآلات الحادة والأسـلحة

النارية، وكذلك حجم انتشار ظاهرة استخدام المواد الضارة كالتدخين والمخدرات بين الطلاب ، وبلغت عينة الدراسة (51541 طالباً) من طلاب المرحلتين المتوسطة والثانوية بمحافظة جـدة التعليمية ، ومن الأدوات المستخدمة في الدراسة : استمارة المشكلات السلوكية – مـن إعـداد الباحثين – وقد تم تطبيق الاستمارة على العينة خـلال الفصـل الدراسـي الثـاني (1999م - 1419هـ)، وأظهرت نتائج الدراسة أن بعد العدوان على الزملاء كان أكثر تكراريـة ويليـه العدوان على ممتلكات المدرسة ويليهما العدوان على المعلمين ، كما تبين أن حجم انتشار حمل السلاح بين الطلاب ضعيفة جداً .

7. دراسة (الصبان ،1999) :

بعنوان: " المشكلات النفسية والشخصية والحاجة للإرشاد النفسي لدى بعض طالبـات كليـة التربية بجدة"

هدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات الشخصية والنفسية التي تعاني منها بعض الطالبات، ومدى حاجتهن للإرشاد بخصوص ما يعانين منه من مشكلات شخصية أو نفسية، وبلـغ حجـم العينة (270 طالبة) من طالبات كلية التربية للبنات بجدة واشتملت العينة التخصصات الأكاديمية المختلفة من كافة المستويات الأربع، ومن الأدوات التي اعتمدت عليها الباحثة في إجراء الدراسة (استبيان خصائص الشخصية) – من إعداد الباحثة - واشتملت بنـود الاسـتبيان التـي تهـتم بالمشكلات على ثلاثة مجالات هي: المشكلات النفسية، المشـكلات الاجتماعيـة، المشـكلات الدراسية، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود مجموعة من المشكلات الشخصـية والاجتماعيـة والدراسية التي تعاني منها بعض طالبات الكلية بنسب مختلفة، حيـث حصـلت مشـكلة قلـق الامتحان على أعلى النسب لدى الطالبات وتلتها مشكلات أخرى مثل الغضب والخجـل ، كمـا أظهرت وجود احتياج إرشادي بنسبة مرتفعة بين الطالبات فيما يختص بالمشـكلات الشخصـية

والنفسية التي يعانين منها تفوق الاحتياج إلى العلاج النفسي، كما أظهرت وجـود فـروق ذات دلالة إحصائية بين طالبات التخصص العلمي وطالبات التخصص الأدبي في مجموعة المشكلات الشخصية والنفسية لصالح التخصص الأدبي .

8. دراسة (علي،2000):

بعنوان: "جماعة الأقران وعلاقتها بالمشكلات السلوكية والمزاجية لدى المراهقين من طـلاب المدارس الثانوية "

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن المشكلات السلوكية التي يعـاني منهـا المراهقـون نتيجـة لانتمائهم إلى جماعة الأقران غير السوية، وقد تكونت عينة الدراسة مـن المجموعـة الأولـى وقوامها (خمسون من المراهقين من طلاب المدارس الثانوية المنتمين لجماعة الأقران السـوية)، ومن المجموعة الثانية (وقوامها خمسون من المراهقين من طلاب المدارس الثانويـة المنتمـين لجماعة الأقران غير السوية)، وقد استخدمت في هذه الدراسـة "قائمـة مشـكلات الشـباب "، و"مقياس والاكتئاب"، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين في متغيري المشكلات السلوكية، والمزاجية.

9. دراسة (السهل ، 2001) :

بعنوان: " مشكلات الأطفال في المدرسة الابتدائية كما يدركها المعلمون "

هدفت الدراسة إلي التعرف على مدى انتشار مشكلات الأطفال ونوعها بين التلاميذ في المرحلة الابتدائية بشكل عام، وكذلك مدى تأثر هذه المشكلات ببعض العوامل مثل (موقـع المدرسـة، جنس المعلم، وخبرته وعمره الزمني) وتكونت عينة الدراسة من (520) معلم ومعلمة من معلمي ومعلمات كافة المرحلة الابتدائية في دولة الكويت، وكانت أداة الدراسة عبارة عن قائمـة مـن مشكلات الأطفال ، وتكونت من (35) بنداً تقيس مدى انتشار مشكلات الأطفال فـي المرحلـة

الابتدائية عن طريق عرضه على المدرسين ، ومن الأساليب الإحصائية التي استخدمها الباحـث في دراسته (التكرارات، اختبار ت، تحليل التباين). وتوصلت الدراسة إلى أن هناك انتشار واسع لمشكلات الأطفال في المرحلة الابتدائية حيث حصلت (9) مشكلات على نسبة تزيد عـن 20% من المدرسين، في حين حصلت (13) مشكلة على نسبة بين 10% و 20%، وكانت المشـكلات الأكثر انتشاراً هي: كثرة الحركة، سرعة البكاء، السرحان، النسيان، إهمال الواجبات المدرسية، شتم الآخرين، ضرب الأطفال، عدم التعاون مع المعلم، الكذب، إتلاف ممتلكات المدرسة، كمـا أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعلمين والمعلمات من حيث إدراكهم لمـدى انتشار مشكلات الأطفال في المرحلة الابتدائية، حيث تشابهت أول عشر مشكلات وأكـد علـى وجودها كل أفراد العينة، كما أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات العمرية لدى أفراد العينة وفقاً لاختلاف أعمارهم في إدراكهم لمدى انتشار مشكلات الأطفـال فـي المرحلـة الابتدائية، كما أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئات العينة وفقـاً لخبـرتهم فـي المجال التربوي في مدى إدراكهم لانتشار مشكلات الأطفال في المرحلة الابتدائية، كما أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة وفقاً للمحافظات التي يعملون بها .

10. دراسة (الزهراني وآخرون ،2001) :

بعنوان: " المشكلات السلوكية الشائعة لتلاميذ المرحلة الابتدائيـة بمدينـة جـدة التعليمية من وجهة نظر مديري المدارس والمرشدين الطلابيين والمعلمين "

هدفت الدراسة إلي التعرف على نوعية المشكلات السلوكية الشائعة لدى أطفال المرحلة الابتدائية من وجهة نظر مديري المدارس والمعلمين والمرشدين ، بنـاء أداة علميـة تقـيس المشـكلات السلوكية عند أطفال المرحلة الابتدائية ، وتكونت عينة الدراسة من (135) معلمـاً مـنهم (45) مدير مدرسة و(45) معلم صف و(45) مرشد طلابي تم اختيارهم بطريقة عشوائية ، واسـتخدم

الباحثين استبانة المشكلات السلوكية – من إعداد الباحثين – وتم تطبيقها على العينة المستهدفة خلال الفصل الدراسي الثاني (2001م – 1421 هـ) ، وأظهرت نتائج الدراسة أن مشكلة النشاط الحركي الزائد كانت أكثر المشكلات تكراراً لدى مديري المدارس والمعلمين ، بينما مشكلة عدم استقرار التلميذ في مكانه لفترة طويلة أظهرت نتائج مرتفعة لدى المرشدين .

11. دراسة (توفيق ،2001):

بعنوان: " العلاقة بين خصائص شخصية الأمهات وإدراكهن للمشكلات السلوكية للأبناء في مرحلة الروضة "

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين خصائص شخصية الأمهات وإدراكهن لمشكلات الأبناء في مرحلة الروضة، وقد أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها (52) أما ممن لديهن طفل واحد على الأقل في مرحلة الروضة وكان متوسط الأعمار الزمنية للأمهات 5. 30 بانحراف معياري قدره 6. 1، واستخدم الباحث في هذه الدراسة قائمة المشكلات السلوكية لأطفال الروضة من إعداده، واختبار الانبساط والعصابية من اختبار أيزنك للشخصية ترجمة و إعداد "أحمد عبد الخالق"، "، وتم تطبيق هذه الأدوات في جلسات فردية، وقد أسفرت الدراسة عن عدة نتائج من أهمها أن من الخصائص التي ارتبطت إيجابيا بادراك مشكلات الأبناء التشاؤم والعصابية، في حين ارتبط كل من التفاؤل والانبساط سلبا بإدراك الأمهات لمشكلات الأبناء.

12. دراسة (أحمد ،2002) :

بعنوان: " إعزاءات المعلمين للمشكلات السلوكية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ودرجة شيوع هذه المشكلات لديهم "

هدفت الدراسة للتعرف على المشكلات السلوكية الأكثر انتشاراً التي يواجهها المعلمون والمعلمات لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية في بعض مدراس مدينة أسوان والكشف عن أسبابها، وتكونت

عينة الدراسة من (184) فرداً من الجنسين وتضمنت ثـلاث عينـات فرعيـة، ومـن الأدوات المستخدمة في الدراسة : قائمة المشكلات السلوكية لتلاميذ المرحلة الابتدائية (إعداد البـاحثين)، واستبيان عزو أسباب المشكلات السلوكية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية (من إعداد البـاحثين) ، وبينت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية يمكن ردها لمتغير خبرة المعلم التدريسية في إدراكه وتقديره للأنواع المختلفة من المشكلات السلوكية لدى تلميذ المرحلة الابتدائية، كمـا أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية يمكن ردها لمتغير نوع المعلم (ذكر/أنثى) فـي إدراكه وتقديره للأنواع المختلفة من المشكلات السلوكية لدى تلميذ المرحلة الابتدائية.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجة شيوع وانتشار المشكلات السـلوكية كمـا يـدركها ويقدرها المعلمون والمعلمات أفراد العينة، كما أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصـائية بين عوامل عزو أسباب المشكلات السلوكية لتلميذ المرحلة الابتدائية (الأسرة ودورها التربوي، المستوى الاقتصادي والاجتماعي والتعليمي للأبوين، حالة التلميذ السـيكولوجية) يمكـن ردهـا لمتغير خبرة المعلم التدريسية ، عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المعلمين والمعلمـات فـي عزوهم لأسباب المشكلات السلوكية لدى تلميذ المرحلة الابتدائية، كما أظهرت عدم وجود تفاعل بين متغيري الخبرة التدريسية ونوع المعلم (ذكر/أنثى) في إدراك وتقـدير الأنـواع المختلفـة لمشكلات تلميذ المرحلة الابتدائية السلوكية، كما أظهرت عدم وجود تفاعل بين متغيري الخبـرة التدريسية ونوع المعلم (ذكر/أنثى) في عوامل عزو أسباب مشكلات تلميذ المرحلـة الابتدائيـة السلوكية.

13. دراسة (سعادة وآخرون ،2002):

بعنوان: " المشكلات السلوكية لدى الأطفال الفلسطينيين في المرحلة الأساسية الـدنيا بمحافظـة نابلس خلال انتفاضة الأقصى كما يراها المعلمون وعلاقتها ببعض المتغيرات "

هدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات السلوكية لدى الأطفال الفلسـطينيين فـي المرحلـة الأساسية الدنيا خلال انتفاضة الأقصى كما يراها المعلمون في محافظة نابلس في ضوء خمسـة متغيرات هي: الجنس، ونوع المؤسسة التعليمية، والمستوى التعليمي، وموقع المدرسة، ومكـان المدرسة من أحداث الانتفاضة، وقد تم تطوير استبانة من (41) فقرة لقياس المشكلات السلوكية لدى تلاميذ الصفوف الأربعة الأولى من المرحلة الأساسية حيث تم توزيعها علـى (276) مـن معلمي الصفوف الأربع الأولى ومعلماتها، ولاختبار فرضيات الدراسة استخدم الباحث اختبـار (ت)، واختبار التحليل التباين الأحادي، واختبار(L .S.D). وأظهرت نتائج الدراسة عن وجـود العديد من المشكلات السلوكية لد التلاميذ الصغار مثل تدني المستوى التحصيلي، والخوف مـن صوت الطائرات، والقلق، والعدوانية. كما تبين وجود فروق في التعرف إلى المشكلات السلوكية تعزى إلى متغير الجنس ولصالح الإناث، ولموقع المدرسة (مدينة، قرية، مخيم) ولصالح مدارس المدينة والمخيم ولمتغير موقع المدرسة من أحـداث الانتفاضـة ولصـالح لمـدارس القريبـة والمتوسطة أحداث الانتفاضة، كما أظهرت نتائج الدراسة عن عدم وجـود فـروق ذات دلالـة إحصائية تعزى لكل من متغير نوع المؤسسة (حكومة، وكالة)، ومتغير المستوى التعليمي الـذي يقوم المعلمون بتدريسه (أول، ثاني، ثالث، رابع).

ثانياً الدراسات التي تناولت موضوع السلوك العدواني:

1. دراسة (عبد ا ، 1998):

بعنوان "علاقة السلوك العدواني ببعض متغيرات الشخصية"

وهدفت الدراسة إلي تقويم العلاقة بين السلوك العدواني ومتغيرات الشخصية لدي مجموعات من الأشخاص الأسوياء، علي عينه (188) طالباً من كليه العلوم الاجتماعية بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بمدينه الرياض، واستخدم الباحث الأساليب والمقاييس التالية: مقياس السلوك العدواني ومقياس توكيد الذات ومقياس نمط الشخصية ومقياس تقدير الذات مستخدماً الأساليب الإحصائية التالية: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومعامل الالتواء لمتغيرات الدراسة، ومعامل ارتباط بيرسون، ومعامل الانحدار المتدرج وتحليل التباين ذي التصنيف في اتجاهين لآثار كل من نمط السلوك (أ) وتقدير الذات علي العدوان وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية أن بإجراء معامل الارتباط الخطي بيرسون بين هذه المتغيرات تبين أن أياً من معاملات الارتباط بين العدوان الكلي وأبعاد السلوك العدواني من ناحية، وتوكيد الذات من ناحية أخري لم يصل إلي مستوي الدلالة الإحصائية المقبول، وان متغير الشخصية تنبئ بالسلوك العدواني، حيث تبين أن متغيرين من المتغيرات الثلاثة نمط السلوك أو تقدير الذات يمكن أن ينبأ بالسلوك العدواني بينما لم يكن لتوكيد الذات أية مساهمة.

2. دراسة (محيسن، 1999):

بعنوان"مظاهر العدوان لدي طلبة المرحلة الثانوية بمحافظات غزة وعلاقته بالاكتئاب النفسي"

هدفت الدراسة إلي التعرف علي مظاهر السلوك العدواني لدي طلبه المرحلة الثانوية بمحافظات غزة، وتحديد نسبه شيوع مظاهر العدوان لدي طلبه المرحلة الثانوية بمحافظات غزه، والتعرف علي الفروق بين الطلاب والطالبات في مظاهر العدوان والكشف عن الفروق بين الطلبة في

مظاهر العدوان تبعاً لاختلاف مستويات تعليم والديهم، وكذلك تبعا لاختلاف حجم أسرهم، وقـد أجريت الدراسة علي عينه (602) طالبا وطالبه من الصف الحادي عشر منها يمثلون 18 شعبه دراسية منها 9 شعب ذكور و9شعب إناث وقد استخدم الباحث عدة أدوات منها: مقياس مظـاهر العدوان من إعداد الباحث، مستخدماً **الأساليب** الإحصائية منها النسب المئويـة والأربعيـات و اختبار(ت) وتحليل التباين الأحادي ومعامل ارتباط بيرسون، حيث أظهرت الدراسة أن للـذكور سلوكاً عدوانياً أكثر من الإناث في كل من الدرجة الكلية للعدوان، العدوان البدني الموجه نحـو الآخرين، العدوان اللفظي الموجه نحو الآخرين، في حين لم توجد فروق ذات دلاله إحصائية بين الذكور والإناث في العدوان البدني الموجه نحو الذات والعدوان الموجه نحو الأشياء، كما تفوقت الإناث علي الذكور في العدوان اللفظي الموجه نحو الذات، ووجود فروق دالة إحصائياً بين طلبه العلوم والآداب حيث اظهر طلبة العلوم سلوكا عدوانيا أكثر من طلبة الآداب في كل من الدرجة الكلية للعدوان، العدوان البدني الموجه نحو الذات، العدوان اللفظي الموجه نحو الذات، العـدوان اللفظي الموجه نحو الآخرين، العدوان الموجه نحو الأشياء، في حين لـم توجـد فـروق دالـة إحصائية بين العلوم والآداب في العدوان البدني الموجه نحو الآخرين، كما لا يوجد فـروق ذات دلاله إحصائية في مظاهر العدوان تعزي لحجم الأسرة أو تعزي لمستوي تعليم الوالدين.

3. دراسة (القطاطي، 2000):

بعنوان"أساليب التنشئة الوالدية وعلاقتها بالسلوك العدواني لدي طلبه المرحلة الأساسية العليا بمحافظات جنوب غزه".

هدفت الدراسة إلي معرفه بين بعض أساليب التنشئة الوالدية كمـا يـدركها الأبنـاء وسـلوكهم العدواني، وما ذا كان هناك فروق داله في مستويات السلوك العدواني تعزي لاختلاف أسـاليب الوالدية، بالإضافة إلي معرفه الفروق بين الجنسين في إدراك أساليب التنشـئة الواليـة وفـي

مستوي السلوك العدواني، وقد أجريت الدراسة علي عينه (500 فرد) منها 250 ذكـور و250 إناث من تلاميذ وتلميذات الصف الثالث والتاسع الأساسيين تتراوح أعمارهم مـا بـين 13-15 سنه، وقد استخدم الباحث أداتين هما اختبار مستوي السلوك العدواني إعداد الباحث معتمد علـي بعض الاختبارات السابقة، وبعد إتباع خطوات منهجيه محدده، وحساب الثبات والصـدق وفـق الأسس العلمية، ويقيس الاختبار ثلاث مستويات (مرتفع، متوسط، منخفض) ويتكـون مـن 24 فقره مستخدما الأساليب الإحصائية التالية: المتوسطات الحسـابية والأوزان النسـبية والنسـب المئوية، واختبار ت ومعامل ارتباط بيرسون وتحليل التباين الأحادي وقد توصلت الدراسة إلـي أن أكثر مستويات السلوك العدواني انتشاراً بين أفراد العينة هـو مسـتوي السـلوك العـدواني المنخفض ونسبتهم (72.2%) من العينة الكليـة، ثـم مسـتوي السـلوك العـدواني المتوسـط ونسبتهم(19.6) من العينة الكلية ثم مستوي السلوك العدواني المرتفع ونسبته(82.2%) ،ووجود فروق داله إحصائيا في مستوي السلوك العدواني بين الجنسين لصالح الذكور ، ووجود فـروق داله إحصائيا بين مجموعات السلوك العدواني الثلاث المنخفض والمتوسـط والمرتفـع تعـزي لاختلاف أساليب التنشئة الوالدية لكل من الأب وإلام وهذه الفروق لصالح المجموعـة الأولـي المنخفضة العدوان في أساليب الاندماج والتقبل والتقيد والاستحواذ،ولصالح المجموعـة الثانيـة المتوسطة العدوان في أسلوب عدم الاتساق .

4. دراسة (الطويل، 2002):

بعنوان "التوافق النفسي المدرسي وعلاقته بالسلوك العدواني لدي طلبـه المرحلـة الثانويـة بمحافظة غزة"

هدفت الدراسة إلي الكشف عن العلاقة بين السلوك العدواني ومستويات التوافق النفسي المدرسي لدي أفراد العينة، وأن طلبه القسم الأدبي أكثر عدوانية من طلبه القسم العلمي، كما تهدف إلـي

التعرف علي أكثر مستويات التوافق النفسي المدرسي، ومستويات السـلوك العـدواني الأكثـر انتشاراً بين طلبه المرحلة الثانوية لمحافظة غزه، علي عينه (800) من طلبه المرحلة الثانويـة بغزة، واستخدم الباحث الأساليب والمقاييس:منها مقياس السلوك العدواني وهو من إعداد الباحث، مستخدما الأساليب الإحصائية: معامل ارتباط بيرسون واختبار(ت) واختبـار تحليـل التبـاين الأحادي والتحليل العاملي واختبار شافيه و النسب المئوية والمصفوفة الارتباطية ومعامل التوافق وتوصلت الدراسة إلي النتائج التالية أهمها أن مستوي السلوك العدواني الأكثـر انتشـاراً هـو المستوي المنخفض لمستويات السلوك العدواني ووجود علاقة ارتباطيه غير تامة وعكسية بـين التوافق النفسي المدرسي والسلوك العدواني، وتفوق الطلاب في مستوي السلوك العدواني علـي الطالبات، ووجود فروق دالة إحصائياً بين مستويات التوافق النفسـي والمدرسـي ومسـتويات السلوك العدواني لدي أفراد عينه الدراسة.

5. دراسة (أبو حطب، 2002):

بعنوان " فعالية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف السلوك العدواني لدى طلاب الصف التاسـع الأساسي بمحافظات غزة ".

هدفت الدراسة إلى استقصاء مدى فاعلية برنامج إرشادي في خفض السلوك العدواني، و تزويد الطلاب ببعض أساليب التنفيس الانفعالي، وخفض السلوك العدواني إلى أقصى درجـة ممكنـة، وتألفت عينة الدراسة من مجموعتين من مجموعتين الأولي مجموعة تجريبية وبلغ العدد فيهـا (12) طالبـاً وأخري مجموعة ضابطة بلغت (12) طالباً، واستخدم الباحث مقياس السلوك العدواني ومـن تصميم الباحث، برنامج إرشادي مقترح من تصميم الباحث، واستخدم الباحث معامـل ارتبـاط بيرسون، ومقياس مان ويتني التحليل العاملي للتحقق من العدوان العاملي، ومقياس ويل كوكسون وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين أفـراد المجموعـة التجريبيـة وأفـراد

المجموعة الضابطة في متوسطات الدرجات لكل من المجموعات في مقياس السلوك العـدواني القبلي و وجود فروق دالة إحصائياً بين طلاب المجموعتين الضابطة والتجريبية فـي المقيـاس البعدي على مقياس السلوك العدواني لصالح المجموعة التجريبية ووجود فروق دالـة إحصـائيا بين المقياسين القبلي والبعدي لدرجات طلاب المجموعة التجريبية في الدرجة الكليـة لمقيـاس السلوك العدواني لصالح المقياس البعدي.

6. دراسة (دحلان، 2003):

بعنوان" العلاقة بين مشاهدة بعض برامج التلفاز والسلوك العدواني لدي الأطفـال بمحافظـات غزة"

هدفت الدراسة إلي إظهار العلاقة بين مشاهدة بعض برامج التلفاز والسـلوك العـدواني لـدي الأطفال بمحافظات غزه، وإظهار الفروق في السلوك العدواني لدي الأطفال المشاهدين لبـرامج التلفاز تبعاً للمتغيرات التالية " الجنس، المنطقة، معدل مشاهده التلفاز" وقد أجريت الدراسة علي عينه (100) طالب وطالبه من الصف الخامس الابتدائي منهم خمسين طالبه وخمسين طالب ممن تتراوح أعمارهم مابين 10-12 سنه وقد استخدم الباحث عده مقاييس منها: مقياس عين شـمس لأشكال السلوك العدواني للأطفال إعداد نبيل حافظ، نادر قاسم، وقد قام الباحث بتقنين المقيـاس واختبار صدقه وثباته، وأعاده صياغة عباراته بحيث يتلاءم مع البيئـة الفلسـطينية، مسـتخدماً الأساليب الإحصائية التالية: اختبار(ت)، معامل ارتباط بيرسـون، والأربعيـات، المتوسـطات والانحرافات المعيارية، وقد توصلت الدراسة إلي النتائج التالية وجـود علاقـة ارتبـاط دالـه إحصائياً بين معدل المشاهدة التلفزيونية والسلوك العدواني للأطفال بأبعاده المختلفة، وهي علاقة طرديه، واختلاف نسبه شيوع السلوك العدواني لدي الأطفال حيث احتل العدوان المادي المرتبة الأولي ثم العدوان اللفظي، فالعدوان السلبي، وأخيرا السلوك السوي، ووجود فروق ذات دلالـه

إحصائية في السلوك العدواني لدي الأطفال المشاهدين لبرامج التلفاز تعزي إلي معدل مشـاهدة التلفاز (مرتفع، منخفض) لصالح الأطفال المشاهدين بمعدل مرتفع في كل من العدوان المـادي واللفظي والسلبي والكلي، لصالح الأطفال المشاهدين بمعدل منخفض في السلوك السوي، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك العدواني لدي الأطفال المشاهدين لبرامج التلفاز تعـزي لمتغير الجنس (ذكور، إناث) لصالح الأطفال الذكور في كل من العدوان المادي واللفظي والكلي ولصالح الإناث في السلوك السوي، ولم توجد فروق بين الجنسين في العـدوان السـلبي، كمـا لاتوجد فروق ذات دلاله إحصائية في السلوك العدواني لدي الأطفال المشاهدين لبرامج التلفـاز تعزي إلي منطقه السكن (شمال غزه، جنوب غزه) في جميع أبعاد السلوك العدواني والعـدوان الكلي.

7. دراسة (المصري، 2006):

بعنوان" فعالية برنامج مقترح باللعب في خفض حدة السلوك العدواني لدي أطفـال الريـاض بمحافظه غزة"

هدفت الدراسة إلي الكشف عن مدي تأثير برنامج باللعب في خفض حده السلوك العدواني لـدي أطفال الرياض بمحافظه غزه، كما هدفت أيضاً إلي الكشف عن تأثير البرنامج المقتـرح علـي خفض السلوك العدواني لدي أطفال الرياض بمحافظه غزه يرجع إلي متغير الجنس. وقد أجريت الدراسة علي عينه من(40) طفلا وطفلة، من أطفال مرحله التمهيدي الذين تتراوح أعمارهم مـا بين (5-6) سنوات تم تقسيمها إلي مجموعتين، مجموعة تجريبية وقوامها (20) طفـل وطفلـة منهم (10)ذكور(10)إناث، ومجموعه ضابطه وقومها (20) طفـل وطفلـة مـنهم(10)ذكـور و(10)إناث وتم اختيارهم من روضة الحكمة بمنطقه الشجاعية الواقعـة فـي الجهـة الشـرقية لمحافظه غزة. وقد روعي ضبط المتغيرات (كمستوي الذكاء، المستوي الاقتصادي والاجتماعي

للأسرة، مستوي السن)،واستخدمت الباحثة اختبار رسم الرجـل إعـداد جودانـف، واسـتمارة المستوي الاجتماعي والاقتصادي إعداد الباحثة واستمارة جمع البيانات الاساسيه عن أفراد العينة إعداد الباحثة، ومقياس السلوك العدواني المكتوب المصور لأطفال الريـاض إعـداد الباحثـة، وبرنامج مقترح مكون من مجموعة من الأنشطة والألعاب الهدف منها خفض السلوك العـدواني لدي أطفال الرياض، مستخدمة الأساليب الإحصائية التالية: اختبار(ت)، التحليل العاملي اختبـار شيفيه وقد توصلت الدراسة إلي النتائج التالية وجود داله إحصائيا بين متوسط استجابات أفـراد المجموعة التجريبية علي مقياس السلوك العدواني قبل وبعد تطبيق البرنامج لصـالح المقيـاس البعدي، كما توجد فروق ذات دلاله إحصائية بين متوسط استجابات أفراد المجموعة التجريبيـة ومتوسط استجابات أفراد المجموعة الضابطة علي مقياس السلوك العدواني بعد تطبيق البرنامج لصالح أفراد المجموعة التجريبي، كما أظهرت الدراسة أن لايوجد فروق ذات دلاله إحصـائية بين متوسط استجابات الذكور ومتوسط استجابات الإناث في المجموعة التجريبية علي مقيـاس السلوك العدواني بعد تطبيق البرنامج، كما لايوجد فروق ذات جلاله إحصـائية بـين متوسـط استجابات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي لمقياس السـلوك العـدواني ومتوسـط استجاباتهم في التطبيق التتبعي.

8. دراسة (النيرب ، 2008):

بعنوان"العوامل النفسية والاجتماعية المسئولة عن العنف المدرسي في المرحلة الإعدادية كما يدركها المعلمون والتلاميذ في قطاع غزة"

هدفت الدراسة إلي التعرف علي العوامل النفسية والاجتماعية التي تقف وراء انتشـار ظـاهرة العنف في المدارس الإعدادية التابعة لوكالة الغوث وتشغيل اللاجئين في قطاع غـزه(بنـين) ، وكانت عينة الدراسة من التلاميذ(480)بنسبه10% وتم سحب عينه بنسبة5%من المعلمين مـن

المجتمع الأصلي البالغ عددهم1673 فكانت عينة المعلمين 110 معلم موزعين علي 6 مدارس ، واستخدم الباحث الأدوات التالية وهي استبانتين من أعداد الباحث ، حيث كانت الاستبانة الأولي خاص بتلاميذ الصف التاسع الإعدادي والاستبيان الثاني خاص بالمعلمين العـاملين فـي تلـك المدارس،كما واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وكما استخدم مجموعة مـن الأسـاليب والمعالجات الإحصائية منها:معامل ارتباط بيرسون ، الثبات بطريقة ألفـا كرونبـاخ ، الثبـات بطريقة التجزئة النصفية ، اختبار أحادي التباين ، المتوسطات الحسابية عـن طريـق الحزمـة الإحصائية ، النسب المئوية ،ولقد أظهرت النتائج التالي ، أنه توجد فروق ذات دلالة إحصـائية بين نظرة المعلمين للعنف تعزي إلي مستوي العمر(25-30)(35-40)(45-50)، وأن الفروق بين فئتي الأعمار 30-40 سنة وأكثر من 40سنه ولصالح أكثر من 40 سنة ، كما وأظهرت انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين نظرة المعلمين للعنف تعزي إلي المؤهل العلمي (دبلـوم –بكالوريوس-ماجستير)، كما وأظهرت أيضاً توجد فروق ذات دلالة إحصـائية بـين نظـرة التلاميذ للعنف المدرسي تعزي إلي مستوي تعليم الأب (أمي- ابتدائي- ثـانوي-جـامعي) وان الفروق بين فئتي أمي وكل من الفئات الآخري ولصالح كل من الفئات الآخري ، توجد فـروق ذات دلالة إحصائية ببين نظرة التلاميذ للعنف المدرسي تعزي إلي مستوي تعليم الأم لصالح الفئة جامعي، كما أظهرت أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية ببين نظرة التلاميذ للعنـف المدرسـي تعزي لترتيب الطالب في الأسرة ، لصالح 4-7)و(8- أكثر)، وأيضاً توجد فـروق ذات دلالـة إحصائية ببين نظرة التلاميذ للعنف المدرسـي تعـزي بـاختلاف نوعيـة الأسـرة (ممتـدة، نووية)ولصالح الأسرة النووية.

ثالثاً دراسات تناولت موضوع اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد:

أ- الدراسات الأجنبية:

1. دراسة بروك.أ وآخرون (1995) (Brooks, A.,et.al., 1995)

بعنوان " التغيرات النمائية عند الأولاد ذوي اضطراب (ADHD) دراسة طولية لأربع سنوات"

هدفت إلى معرفة التغيرات النمائية عند الأولاد ذوي اضطراب (ADHD) وقد استمرت هذه الدراسة أربع سنوات، وتكونت عينه الدراسة من 177 طفلاً (ذكور) بلغت أعمارهم ما بين 7 – 12 سنة عند القياس الأول، وقد استخدم الباحث قائمة المقابلة التشخيصية لكـلاً مـن الأطفـال والآباء والمدرسين وهذه القائمة بنيت على أساس الدليل التشخيصي الإحصائي النسـخة الثالثـة المعدلة DSM-III-R ، ومقياس الذكاء ، وقد بينت نتائج الدراسة أن غالبيـة الأطفـال الـذين يشخصون باضطراب (ADHD) في صغرهم يستمرون في حمل هذا الاضطراب عند بلوغهم، وكذلك بينت النتائج أن هناك اختلاف في نمط الانحراف في أعراض النشاط الزائد- الاندفاعيـة وفي أعراض عدم الانتباه عند الفتية ذوي اضطراب (ADHD)، كما بنيت نتائج الدراسـة إن هناك انحراف دال في أعراض النشاط الزائد-الاندفاعية من السنة الأولى إلى السنة الثانية ثم من الثالثة إلى الرابعة، وهذه يدل على أن هذا الانحراف هو انحراف نمائي في طبيعية (يعتمد على النمو)، وفي المقابل ظهر انحراف في أعراض عدم الانتباه من السنة الأولى إلى الثالثـة ولـم يظهر انحراف من السنة الثالثة إلى الرابعة، وهذا يبين أن الانحراف في عدم الانتباه ليس نمائياً في طبيعته، وقد بينت نتائج الدراسة أن 77,4% من الأطفـال الـذين شخصـوا باضـطراب (ADHD) عندما كانوا في سن 7 – 12 سنه استمروا في حمل أعراض هذا الاضطراب عند تشخيصهم في سن ما بين 10 – 15 سنة.

2. دراسة آنا ومارك (1996) (Anna,B. & Mark,L.W., 1996)

بعنوان " انتشار اضطراب (ADHD) على أساس المعيار الجديد للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-IV"

هدفت هذه الدراسة إلى بحث انتشـار اضـطراب (ADHD) باسـتخدام الـدليل التشخيصـي الإحصائي الثالث DSM-III-R ومقارنة معدل انتشار الاضطراب عندما يتم قياسـه بـأداتين مختلفتين الدليل الإحصائي التشخيصي الثالث والدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-IV وتكونت عينة الدراسة من 1077 طفلاً من أطفال المدارس الابتدائية في ألمانيا من الصف الأول إلى الصف الرابع في نهاية سنة 1992، وأخذت العينة مـن 5 مـدارس ريفيـة و5 مـدارس حضرية، وكان عدد الذكور في العينة 541 طفلا وعدد الإناث 536 طفلـة. و قـد اسـتخدمت الدراسة كلا من الدليل التشخيصي والإحصائي – النسخة الثالثة المعدلة DSM-IIIR. ، والدليل التشخيصي والإحصائي – النسخة الرابعة DSM-IV.وتم تقييم الأطفال من قبل معلمهم علـى استبيانات التشخيص وكذلك تم أخذ تقدير المعلمين لتحصيل الطلاب الأكاديمي، وقـد أظهـرت الدراسة نتائج منها أن نسبة انتشار الاضطراب تصـل إلـى 10,9% عنـد اسـتخدام الـدليل التشخيصي والإحصائي الثالث وأنها تصل إلى 17,8% عنـد اسـتخدام الـدليل التشخيصـي والإحصائي الرابع على نفس العينة ، وهي كما نلاحظ نسبة انتشار مرتفعة ، وعن العلاقة بـين المشاكل الأكاديمية واضطراب ADHD وجدت نتائج الدراسـة أن 45% مـن الأطفـال ذوي اضطراب (ADHD) لديهم مشاكل أكاديمية وأن هـذه النسـبة تـزداد عنـد الأطفـال ذوي ADHD-AD (سيادة عدم الانتباه) فتصل إلى 63,6%، أما عند الأطفـال ذوي ADHD-HI (سيادة النشاط الزائد / الاندفاعية) فتصل نسبة تواجد المشاكل الأكاديميـة إلـى 12% وعنـد الأطفال ذوي (ADHD) النمط المركب تصل نسبة تواجد المشاكل الأكاديمية إلى 50%، وقـد

عززت الدراسة الرأي القائل بوجود ضعف في الأداء الأكاديمي عند الأطفال ذوي اضـطراب (ADHD)، وعن تدخل اضطراب (ADHD) مع الاضطرابات السـلوكية الأخـرى وجـدت الدراسة أن نسب تداخل اضطراب ADHD مع هذه الاضطرابات هي كما اضطراب المعارضة والعصيان (ODD) 50% و اضطراب التعرف (CD) 20% واضطراب القلق والاكتئـاب ANX/DEP 25% ، والصعوبات التعليمية 61,8% .

ب – الدراسـات العربية:

1. دراسة (الشخص، 1985):

بعنوان " دراسة لحجم مشكلة النشاط الزائد بين الأطفال وبعض المتغيرات المرتبطة به "

هدفت هذه الدراسة إلى تقدير حجم مشكلة النشاط الزائد بـين الأطفـال فـي مصـر وبعـض المتغيرات المرتبطة به مثل الإعاقة التي يعاني منها الطفل والمنطقة السكنية للطفل، وقد بلغـت **عينة** الدراسة (3150) طفلا وطفلة (1940 طفلاً، 1210طفلة) تم اختيارهم عشوائياً مـن بـين تلاميذ وتلميذات المرحلة الابتدائية ممن تتراوح أعمارهم ما بين 7-12 سنة و بمتوسـط قـدرة 8,92 عاما وتم اختيار عينة الدراسة من محافظات مختلفة في مصر وقد روعي أن تأتي العينة ممثلة للمستويات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة للمجتمع، واستخدمت الدراسة مقياس (ن.ز) وهو بطاقة تقدير لاضطراب النشاط الزائد بواسطة المعلم، وقد أظهرت نتائج الدراسـة أن 180 طفلا (114 ذكر، 66 أنثى) من أفراد العينة شخصوا بأنهم ذوي اضطراب النشاط الزائد، وقـد بلغت النسبة المئوية لذوي النشاط الزائد 5,71% تقريبا وبلغت النسبة بين البنين والبنات 3:5 و أوضحت النتائج أن نسبة النشاط الزائد بين الأطفال العاديين من الحضر هي نسبة مرتفعة إذا ما قورنت بنسبة الأطفال ذوي النشاط الزائد من الريف، وقد وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات المعوقين الذين شملتهم الدراسة ومجموعتي الأطفال العاديين في مقياس النشاط الزائد

لصالح مجموعة المعوقين ووجد ارتفاع في نسبة النشاط الزائد بين المتخلفين عقلياً عنه بالنسـبة للمكفوفين والصم بينما ترتفع النسبة بين الصم عنها بالنسبة للمكفوفين.

2. دراسة (صبره، 1994):

بعنوان "النشاط الزائد وقصور الانتباه لدى عينة من طلاب التعليم الأساس ".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المستويات الاجتماعية والاقتصـادية والثقافيـة وحجم الأسرة والنشاط الزائد، و تكونت عينة الدراسة من(440) طفلاً منهم 225 ذكور، 215 إناث. وقد استخدمت الدراسة الأدوات الآتية مقياس النشاط الزائـد إعـداد الباحـث واسـتمارة المستويات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للأسرة واستمارة تاريخ الحالة، وقد أظهرت نتـائج الدراسة أنه لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين النشاط الزائد والمستويات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للأسرة بالنسبة للذكور، أما لعينة الإناث فقد وجدت علاقـة ارتباطيـه سـالبه ودالـة إحصائيا، ووجدت أيضاً أنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين النشـاط الزائـد حجـم الأسرة ووجدت أيضاً فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في النشاط الزائد لصـالح الذكور، وقد بينت نتائج التحليل العالمي لمقياس النشاط الزائد وجود ستة عوامل هـي قصـور الانتباه، النشاط الزائد، عدم الطاعة، ضعف العلاقـة بـالآخرين، الاندفاعيـة، عـدم الاتـزان الانفعالي.

3. دراسة (عجلان وطنطاوي، 1995):

بعنوان "بعض العوامل المزاجية والمعرفية المرتبطة باضطراب قصور الانتباه لـدي الأطفـال والمراهقين".

هدفت الدارسة إلي دراسة علاقة بعض الخصائص المزاجية والمعرفيـة باضـطراب قصـور الانتباه لدي الأطفال والمراهقين،ودراسة علاقة الاكتئاب باضطراب قصور الانتباه لدي الأطفال

والمراهقين، وتكونت عينة الدارسة من 464 طفلاً تم اختيارهم عشوائيا مـن الصـفين الرابـع والخامس الابتدائي من بعض المدارس الابتدائية لمدينة أسيوط وبلغ متوسط أعمـارهم 18، 12 شهراً، كما تم اختيار 296 مراهقاً اختياراً عشوائياً من الصفين الثاني والثالث الإعدادي حيـث بلغ متوسط أعمارهم 154، 64 شهراً، وقد استخدم الباحثان اختبار اضطراب الانتبـاه " تقـدير المعلم " وقد اعتمدت الدراسة عليه في تحديد قصور الانتباه، حيث يعـد الطفـل أو المراهـق مضطرباً إذ نقصت درجته في اختبار اضطراب قصور الانتباه في تقديري المعلم والأم معاً عن المتوسط الحسابي مطروحاً منه انحراف معياري واحد، أما العادي فترتفع درجته عن المتوسـط مضافاً له انحراف معياري واحد، وقد اعتمدت الدراسة في تصميم اختبار اضطراب الانتبـاه " تقدير المعلم " على قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل، وعلى الأبعـاد التـي حـددتها الجمعيـة الأمريكية للطب النفسي(1980) (DSM-III) اختبار الحالة المزاجية و مقياس الاكتئاب، ولقـد أظهرت نتائج الدراسة أن نتج من التحليل العاملي لنتائج تطبيق اختبار اضطراب الانتباه " تقدير المعلم " ثلاثة عوامل هي : مستوي النشاط ، نقص أو قصر فترة الانتباه ،الاندفاع وبينت نتائج الدارسة أن نسبة اضطراب قصور الانتباه في مرحلة الطفولة 5,17%في حـين بلغـت نسـبة الاضطراب في مرحلة المراهقة 6,77%.

4. دراسة (مسعد، 2003):

بعنوان " فعالية الإرشاد الأسري في خفض اضطراب الانتباه المصحوب بنشـاط زائـد لـدي الأطفال المعاقين ذهنياً"

هدفت الدراسة إلي إعداد برنامج إرشاد أسري يهدف إلي خفض اضطراب الانتباه المصـحوب بنشاط زائد لدي عينة من الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم وأيضـاً التعـرف علـي مـدي استمرارية فعالية برنامج الإرشاد الأسري بعد توقعه في خفض اضطرابات الانتباه المصـحوب

بنشاط زائد لدي هؤلاء الأطفال وتكونت العينة من 10 أطفال متخلفـين عقليـا قـابلين للـتعلم وأسرهم، ولقد استخدم الباحث استمارة المستوي الاجتماعي و الاقتصادي إعداد محمـد بيـومي خليل 1997 ومقياس ستانفورد بينه للذكاء تعريب وتقنين لويس مليكه 1998 ومقياس اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط زائد كما يدركه الوالدان والمعلم واسـتمارة التقـدير الـذاتي لـبعض متغيرات البيئة الأسرية كما تدركها الأسر وبرنامج الإرشاد الأسري إعداد الباحثـة و أظهـرت الدراسة وجود فروق داله إحصائية بين متوسط رتب المجموعتين الضـابطة والتجريبيـة بعـد تطبيق البرنامج الإرشادي وكانت عن مستوي 0.01 في بعد ضعف الانتباه والاندفاعية والدرجة الكلية بينما داله إحصائية عند مستوي 0.05 في بعد النشاط الحركي الزائد وذلك علـي مقيـاس اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط زائد كما تدركه كل من الأم والمعلمة وكانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية وأيضاً يوجد فروق بين متوسط رتب دراجات المجموعـة التجريبيـة فـي القياسين القبلي والبعدي عند مستوي 0.01 في أبعاد الضغوطات الوالدية والمشاركة الـو اليـة والتعزيز والتفاعلات الأسرية والتهذيب وإتباع القواعد والتغلب علي ثورات الغضب.

5. دراسة(أبو هويشل، 2004):

بعنوان" دراسة الخصائص المعرفية وعلاقتها باضطراب نقص الانتباه و النشاط الزائـد لـدي الأطفال"

هدفت الدراسة إلي التعرف علي نسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بين الأطفال في محافظات قطاع غزه والتعرف علي الفروق في بعض الخصائص المعرفية بـين الأطفـال ذوي الاضطراب والتعرف علي المستوي الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسـر، وتكونـت العينة من(1184) من الأطفال اختيروا عشوائياً من 20مدرسة من مدارس محافظـات غـزه تراوحت أعمارهم من (7-12) سنه واستخدم الباحث الأدوات التالية الملاحظة وبطاقـة تقـدير

الاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال أعدها الباحث و مقياس حب الاستطلاع إعداد كريمان بدير واختبار الأداء المستمر إعداد الباحث و اختبار تزاوج الأشكال المألوفة إعداد حمدي الفرماوي واستمارة المستويات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية إعداد نظمي أبو مصطفي واستخدم الباحث التحليل العاملي والإحصاء الوصفي من خلال حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والنسب المئوية ومعامل ارتباط بيرسون وسيبرمان وألفا كرونباخ واختبار(ت) وقد أظهرت النتائج أن نسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد تصل إلي 15% كما أوضحت أن يوجد فروق ذات دلاله إحصائية بين الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والأطفال العادين في الخصائص المعرفية ويوجد فروق ذات دلاله إحصائية بين درجات الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد و درجات الأطفال العادين في حب الاستطلاع وعلي استمارة المستوي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة الفلسطينية.

رابعاً الدراسات التي تناولت موضوع الخوف:

أ- الدراسات الأجنبية:

1. دراسة (ماتسون Matson، 1981):

هدفت الدراسة إلي علاج الخوف الاجتماعي لدي ثلاثة متخلفات عقليا يبدين نفوراً متزايداً مـن رؤية أو محادثة أو مجرد الاقتراب من أشخاص راشدين غير مألوفين لديهم وقد بلغت أعمارهن الزمنية بين (8 -10) سنوات و ينتمن إلي فئة التخاف العقلي المتوسط، وطبق عليهم مقياس ليسفيل(lousivile) قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وقد استخدم الفنيات العلاجية التالية فنية النمذجة بالمشاركة، والتدريب، والتكرار، وأسلوب التعرض بالمواجهة في الواقـع، واسـتخدام المعززات الرمزية، والغذائية، وقد دربت الأمهات علي كيفية التعامل مع الراشـدين الغربـاء، بينما هي تمسك بيد الطفلة، والي ضرورة التقليل قدر الإمكان من المساعدة في خطـوات تاليـة حيث تقلل الأمهات من التقارب الجسمي مع أطفالهن، وقد استغرق العلاج(10) أسـابيع بواقـع مرتين أسبوعياً، وقد استخدم الباحث النسب المئوية واختبار تحليل التباين الأحـادي، وأظهـرت نتائج الدراسة انخفاض ملحوظ في المخاوف المرضية لدى الأطفال الـثلاث وأظهـرت أيضـا حدوث تقدم مستمر يبرز فعالية البرنامج في المتابعات في غضون أربعة أشهر، وخمسة أشهر، وستة أشهر، فلم يبدين علامات دالة علي الخوف الاجتماعي من راشدين غربـاء عـنهم. كمـا وأظهرت أيضاً تمكن الأطفال الثلاثة من محادثة والاقتراب من راشدين غرباء عنهم لم تشـملهم الدراسة.

2. دراسة (فاندنبرج Vandenberg، 1993):

هدفت الدراسة إلى فحص المخاوف علي عينة مكونة من الأطفال المتخلفـين عقليـاً وأقـرانهم الأسوياء بلغ عددهم (42) طفلا، تراوحت أعمارهم بين (4-12) عاماً، وقـد أظهـرت نتـائج

الدراسة أن مخاوف الأطفال الأسوياء تختلف تبعا للعمر الزمني مثل أقرانهم الأكبر سنا، وقدر الأطفال الأسوياء وجود مخاوف أقل تتصل بالمخلوقات الوهمية، أما المخاوف من الحيوانات فهي شائعة الحدوث لدي جميع أفراد العينة الأسوياء، والمتخلفين عقلياً،ولا توجد فروق في هذه المخاوف في علاقتها بالجنس، وكذلك أظهرت نتائج الدراسة أن البنات قررن عدد من المخاوف من الحيوانات يعادل مرتين النسبة المقررة لدي الذكور، بينما أظهر الذكور مخاوف من الناس تعادل مرتين النسبة المقررة لدى الإناث.

3. دراسة (جيتاGetta، 1994):

هدفت الدراسة فحص كل من المخاوف المرضية، والقلق لدى عينة من الأطفال الأسوياء، وعينة الأطفال المتخلفين عقليا بلغ قوامها(82) طفلاً، طبق عليهم اختبار لقياس الكفاءة الاجتماعية، واختبار لقياس المشاكل السلوكية، وقائمة القلق، واختبار مسح المخاوف للأطفال، وقد استخدم الباحث لتحليل البيانات الإحصاء التحليلي واختبار (ت) والمتوسطات الحسابية، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين في المخاوف لصالح عينة الأطفال المتخلفين عقلياً، والي وجود مشكلات سلوكية متنوعة لدي الأطفال المتخلفين عقليا مقارنة بالأطفال الأسوياء، وكما أظهرت الدراسة أن يوجد فروق بين المجموعتين في المخاوف التي تكمن في الكفاءة الاجتماعية لصالح الأطفال الأسوياء.

4. دراسة (كنج وآخرون King, Etel، 1994)

هدفت الدراسة إلي تقدير المخاوف لدى عينات مختلفة من الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، وكذلك التحقق من صدق وثبات قائمه مسح المخاوف، وقد تكونت عينة الدراسة الكلية من (1011) طفلا بواقع (538) للأطفال الذكور،(473) للأطفال الإناث ، وقسمت العينة الكلية إلي أربعة مجموعات مجموعة الأطفال المتخلفين عقلياً وبلغ عددهم الإجمالي(302) طفلا،مجموعة

الأطفال ضعاف السمع وبلغ عددهم الإجمالي(218)طفلا،مجموعة الأطفـال المكفـوفين وبلـغ عددهم الإجمالي(192)طفلا،مجموعة الأطفال الأسوياء وبلغ عددهم الإجمالي(299)طفلاً حيـث وتراوحت أعمارهم بين (7-18)عاما ، وطبق عليهم قائمة مسح المخاوف إعداد اولندك ، وقـد استخدم الباحث تحللي التباين الأحادي ، واختبار المقارنات البعدية (اختبار شفيه) وقد أظهرت نتائج الدراسة حصول الأطفال المتخلفين عقليا علي درجات مرتفعـه مـن المخـاوف مقارنـه بالمجموعات الثلاثة(الأسوياء، ضعاف السمع، المكفوفين) وكذلك حصل الأطفال المتخلفين عقليا علي تنوع ملحوظ وعدد أكبر من المخاوف المرضية مقارنه بالمجموعات الثلاثة ، فقد قـرروا وجود مخاوف تتصل بالخوف من المجهول، والخوف من العواصف الرعدية، والخـوف مـن الظلام، والخوف من الأشباح، والخوف من الإصابة، والخوف من الحيوانات الصغيرة مثـل : النمل ، الخفافيش، الطيور، والي حصول الأطفال ضعاف السمع علي درجـات مرتفعـه مـن المخاوف مقارنه بالأطفال المكفوفين، أما بالنسبة لبعد الجنس ، فقد حصلت البنات علي درجات مرتفعة علي القائمة مقارنه بالذكور في مجموعات الدراسة ، وأظهرت الدراسة كذلك أن للقائمة خصائص سيكومترية جيدة.

5. دراسة (راميرز،كراتشول Ramirez,Kratochwill، 1997):

هدفت الدراسة إلي فحص الفروق في حدة هذه المخاوف وتكرارها، ومحتواها لدي عينة كليـة بلغ قوامها (199) طفلا ، وتم تقسيم هذه العينة الكلية إلي المجموعات التالية : مجموعة الذكور المتخلفين عقليا بلغ عددهم الإجمالي (23) طفلا، مجموعة الإناث المتخلفات عقلياً بلغ عـددهن الإجمالي(38)طفلة، مجموعة الذكور الأسوياء بلغ عددهم الإجمالي (11)طفلا، مجموعة الإناث الأسوياء بلغ عددهن الإجمالي (127) طفلا وطبق عليهم قائمة مسح المخاوف وقد أظهرت نتائج الدراسة أن هناك فروق بين المجموعتين في حده ، وتكرار ، ومحتـوي المخـاوف والفـروق

لصالح الأطفال المتخلفين عقليا ،كما أظهرت أن هناك فروق بين المجموعتين في عدد المخاوف المكررة كما أظهرت أيضا بروز المخاوف لدى الأطفال المتخلفين عقليا في الأشـياء الماديـة ، وفي الحيوانات مقارنه بالأسوياء ، وأظهرت أيضاً فروق بين الجنسين في المخـاوف وكانـت الفروق لصالح الإناث.

ب- الدراسات العربية:

1. دراسة (بدوي ،1980):

بعنوان دراسة مقارنة لفاعلية التدريب التوكيدى والتحصين التدريجي فـي تحسـين حـالات الخوف من السلطة"

هدفت الدراسة إلي رسم البروفيل النفسي لحالات الخوف من السلطة كما وهدفت أيضاً مقارنـة فاعلية التدريب التوكيدى والتحصين التدريجي في تحسين حالات الخوف مـن السـلطة، ولقـد تكونت العينة من (23) من الذكور المقيدين بالسنة الأولي بكلية الآداب بنها مقسمين إلي ثـلاث مجموعات (مجموعتان علاجيتان ومجموعـة ضـابطة)، ولقـد اسـتخدمت الباحثـة الأدوات التالية:استمارة المقابلة الشخصية، مقياس الخوف من السلطة إعداد الباحثـة، برنـامج توكيـدي إعداد الباحثة ،ولقد استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية التالية اختبار كروسكال ولاس، اختبار مان وتنى وأظهرت الدراسة أهم النتائج التالية: أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مجموعة التدريب التو كيدي والمجموعة الضابطة علي مقياس الخوف من السلطة بعـد البرنامج مباشرة لصالح المجموعة التجريبية ،كما أظهرت أيضاً أن توجـد فـروق ذات دلالـة إحصائية بين متوسط درجات مجموعة التحصين التدريجي والمجموعة الضابطة علـي مقيـاس الخوف من السلطة بعد البرنامج مباشرة لصالح المجموعة التجريبية، كما أظهـرت أيضـاً أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مجموعة التدريب التو كيـدي ومجموعـة

التحصين التدريجي علي مقياس الخوف من السلطة بعد البرنامج مباشـرة لصـالح مجموعـة التدريب التوكيدى،كما أظهرت أيضاً أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجـات مجموعة التدريب التو كيدي والمجموعة الضابطة علي مقياس الخوف من السلطة فـي متابعـة البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

2. دراسة (العيسوي، عبد الطيف 1989):

بعنوان "مخاوف الأطفال المرضية وعلاقتها بحالة القلق وسمته".

هدفت الدراسة إلي الكشف عن طبيعة العلاقة الارتباطية بين مخاوف الأطفال المرضية والقلـق باعتباره حالة وسمة، وكما هدفت إلي التعرف لي الفروق بين الذكور والإناث في تلك المتغيرات وقد تمت الدراسة علي عينة تكونت من (200) تلميذ وتلميذة من الصفين الخامس والسـادس الابتدائي، واستخدم الباحثان اختبار المخاوف المرضية، واختبار القلـق (الحالـة – السـمة)، وتمت المعالجة الإحصائية باستخدام المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، واختبار التـات، وتحليل التباين، وقد أظهرت النتائج انه لا توجد فروق جوهرية بين الجنسين في حالـة القلـق ولكن علي العكس توجد فروق جوهرية بينهما في سمة القلق والمخاوف المرضية حيث حصـل الإناث علي دراجات أعلي في سمة القلق من الذكور

3. دراسة (فتحي الزيات، 1990):

بعنوان "أثر نمط العلاقة بين دافع الخوف من الفشل علي التحصيل الدراسي والذكاء لدى طلبه المرحلة الثانوية".

هدفت الدراسة للتعرف علي أهم العوامل التي تقف خلف تباين التحصيل الدراسي مـن ناحيـة وتباين الآراء علي اختبارات الذكاء من ناحية أخرى، حيث شملت عينة الدراسـة (768) مـن طلاب المرحلة الثانوية بالمنطقة الغربية بالمملكة العربية السـعودية لمـن تتـراوح أعمـارهم

بين(16-21)عاماً بمتوسط (17.1)وانحراف معياري (1,2) مـوزعين علـى الصـفوف الأول والثاني والثالث الثانوي، واستخدم مقياس دافع الانجاز والانتماء ويتكون من خمسة عشر مقياسا فرعيا منها أحد عشر مقياسا لقياس دافعية الانجاز وأربعة لقياس دافعية الانتماء، وقـد اسـتخدم الباحث الإحصاء التحليلي واختبار (ت) ومعامل الارتباط بيرسون ، ويري الباحث أنه يمكـن تفسير النتائج في ضوء معايير النجاح أو الامتياز وما يحظي به التحصيل الدراسي من اهتمـام محوري لدي كل من الأفراد (الطالب والجماعة) (الآباء والمدرسين والأقران) وما يتجه النجاح أو التوفيق من مكاسب تحظي بتقدير الفرد والجماعة، الأمر الذي يترتب علي إشـباع حـاجتي تقدير وتحقيق الذات لدي الطالب، لذا جاء التحصيل الدراسي مرتبطا بالفرق الموجب بين دافـع النجاح ودافع تجنب الفشل لصالح ودوافع النجاح، ولما كان تحقيق درجات أعلي علـي اختبـار الذكاء لا يحظى به التفوق التحصيلي من مكاسب لذا جاء تأثير نمط العلاقة بين دافـع النجـاح ودافع تجنب الفشل علي التحصيل الدراسي أكبر من تأثيرها علي الذكاء.

4. دراسة (محمد عبد المؤمن، 1992):

هدفت الدراسة إلي التعرف علي المخاوف المرضية لدي عينة مـن التلاميـذ العـاديين، وذوى صعوبات التعلم ، والمتخلفين عقلياً(تخلف بسيط) ، وكذلك إلي التعرف علي الفروق بينهم ، وأثر بعدي الجنس، والعمر الزمني في المخاوف المرضية ، وقد تكونت عينة الدراسة من عينة كليـة قوامها (220) تلميذا من الجنسين من مدارس المرحلة الابتدائية بدولة البحرين ، وشملت تلاميذ عاديين (80) وتلاميذ ذوي صعوبات تعلم (80) وتلاميذ متخلفين عقلياً(60) وطبق عليهم احتيار المخاوف المرضية (عبد الظاهر الطيب)، وأظهرت نتائج الدراسة وجـود فـروق دالـة فـي المخاوف المرضية بين التلاميذ العاديين بالنسبة لمتغير العمر الزمني، والي عدم وجود فـروق دالة بين الجنسين في العينة الكلية في المخاوف المرضية، ولكن توجد فروق دالة بين الجنسـين

في عينة المتخلفين عقلياً لصالح البنات، ولا توجد فروق دالة بـين الجنسـين فـي عينـة ذوي صعوبات التعلم في المخاوف المرضية، وتوجد علاقة دالة بين العمـر الزمنـي ، والمخـاوف المرضية لدي ذوي صعوبات التعلم، بينما لا توجد مثل هذه العلاقة لدي عينة العاديين، وعينـة المتخلفين عقليا والعينة ككل.

5. دراسة (منصور، 2000):

بعنوان" فاعلية برنامج إرشادي لخفض مستوي بعض المخـاوف المرضـية الشـائعة لـدي الأطفال المتخلفين عقلياً".

هدفت الدراسة إلي التعرف علي أهم المخاوف المرضية الشائعة لدي الأطفال المتخلفين عقليـاً، كذلك التعرف علي الفروق بين الذكور والإناث في المخاوف المرضية الشـائعة، وقـدا ختـار الباحث عينة مكونة من (20) طفلاً وطفلة متخلفين عقلياً من فصول التربية ثم قسم العينة إلي مجموعتين تجريبية وضابطة ويبلغ عدد المجموعة (10) وقد استخدم الباحث أدوات عدة منها قائمة مسح المخاوف المرضية ومقياس القلق ومقياس السلوك التكيفي وتمت معالجـة البيانـات إحصائيا مستخدماً أساليب إحصائية مثل النسب المئوية واختبار (ت) وقد أظهرت النتـائج أن هناك كثير من المخاوف لدي أفراد العينة وكان الخوف من الظلام ورؤية النـار همـا الأكثـر شيوعاً، وكما أظهرت النتائج فروقاً بين الجنسين حول وجود المخاوف لصالح الإناث.

خامساً الدراسات التي تناولت موضوع التبول اللاإرادي:

أ- الدراسات الأجنبية:

1. دراسة (هانز أيزنك، Hans Oiznk 1957):

هدفت الدراسة مقارنة نتائج علاج ثلاث مجموعات من الأطفال الذين يعنون من التبول، عولجوا بطرق مختلفة وذلك لمعرفة مدي فاعلية بعض العقاقير والأدوية التي تعطي للمصابين بحـالات التبول ومقارنه ذلك بمدي فاعلية العلاج النفسي، ولتحقيق ذلك تم اختيـار هـذه المجموعـات المتجانسة من حيث العمر والجنس والبيئة الأسرية والإعراض الخارجية وتـم توزيـع طـرق العلاج علي شكل مجموعات الأولي عولجت بالعقاقير والأدوية تحت إشراف طبيـب مخـتص، والمجموعة الثانية عولجت بالطرق النفسية وباستخدام طريقة مورر، والمجموعة الثالثة عولجت بالعقاقير الطبية وبالطرق النفسية معاً واستمر العلاج لمدة ست شهور ولقد توصلت الدراسة إلي أن كانت نسبة الشفاء في المجموعة الأولي، 25%، وكانت نسـبة المجموعـة الثانيـة 77%، وكانت نسبة المجموعة الثالثة92%، ولم تحدث أي حاله انتكاس بعد مضي هذه المـدة كمـا أن قدره المريض علي التكيف داخل أسرته ومدرسته كانت أفضل في مجموعة الثالثة، كما تؤكـد هذه الدراسة علي أهمية التكامل بين العلاج الطبي والنفسي والتربوي معاً.

2. دراسة (إلر، Eller 1960):

هدفت الدراسة إلي التعرف علي أثر عملية التبول والتبرز اللارادي و اشتملت الدراسة علـي عينة من (30) طفل اختيروا من قسم طب الأطفال في مستشفي مدينه برمنجهام ويعـانون مـن التبرز اللاإرادي فوجد أن نسبة (82%) من هؤلاء الأطفال يعانون من التبول الـلاإرادي، وأن نسبة (30%) تعاني من تبول للإرادي ليلي ونسبة(8%) تعاني من تبول لا إرادي ليلي ونهاري معاً، وهذا ما له مدلوله الطبي، حيث أن معظم حالات التبرز اللاإرادي ترجـع إلـي عوامـل

عضويه أكثر منها نفسيه وكذلك حالات التبول اللاإرادي النهارية التي تصاحب عمليـه التبـرز اللاإرادي.

3.دراسة (آن ديوش، Ann Dyosh 1968):

هدفت الدراسة إلي معرفة نسبة انتشار حالات الضعف العقلي لدي هؤلاء الأطفال، واتجاهـات الأم في التنشئة الأسرية لطفلها،أجريت هذه الدراسة علي عينة من الأطفال الذين يعـانون مـن التبول الإرادي تراوحت أعمارهم ما بين (4-11) سنة، وانتهي من الدراسة إلـي أن حـالات الضعف العقلي البسيطة تنتشر بنسبه (11%) من بين الأطفـال الـذين يعـانون مـن التبـول اللاإرادي، كما أن اتجاهات الأمهات في التنشئة الأسرية لأطفالهن هي أمهات يـدربن أطفـالهن بشكل مبكر وقبل نضج الطفل علي النظافة، وإجبار الطفل علي التحكم في تبوله، أمهات تعطن قيمه كبيرة لعمليه التبول وجعلها أمراً غير طبيعي وخطراً مع الإفراط بالثناء التشجيع من اجـل الطفل يتحكم في عمليه تبوله، أمهات يبالغن في التسامح تجاه تـدريب الطفـل علـي النظافـة ويتركن الطفل علي سجيته في قضاء حاجته، أمهات يجهلن المتطلبات اللازمة لتدريب الطفـل علي النظافة وما هي احتياجاته حول ذلك، ومراحل النمو والنضج التي يمر بها الطفل.

4.دراسة (ماسون وريمبو Sun and Rmbur ، 1996):

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف علي مدي معاناة الأطفال من صراعات ،وقد أجريـت هـذه الدراسة علي عينة من عشر أطفال يعانون من التبول اللاإرادي، وتبين مـن خـلال الدراسـة التحليلية النفسية أن هولاء الأطفال يعانون من صراعات شديدة مع الوالدين، وصراعات شـديدة بين الوالدين، وغالبا ما تكون الأم من النوع المستبد القاسي، أو من النوع التي تبالغ في حمايـة طفلها، هذه الحماية المفرطة التي تجعل الطفل لا يدخر الوظائف العصـرية(أي عـدم قـدره العضلات المعاصرة لجهاز التبول من القيام بوظيفتها)، كما أن عـدم وضـع هـذه الوظـائف

الإخراجية تحت رقابه الأنا، والأنا الأعلى يجعل الطفل يستمر في اعتقاده بأن مثل هذه الوظائف مرتبطة بالأم فقط، كما انتهت الدراسة إلي تحديد نمطيين من أنماط شخصيه الأطفال المتبولين لا إرادياً: النمط العصبي، الهائج، المتوتر، الذي يميل إلي نزعات عدوانية، مشـاكس، متمرد،أمـا النمط الثاني، النمط الليمفاوي الخامل، بطئ الاستجابة والحركـة، كسـول يميـل إلـي النـوم والاسترخاء.

ب الدراسات العربية:

1.دراسة (فالح وآخرون، 1977):

بعنوان" فعالية برنامج علاجي سلوكي في معالجه التبول اللاإرادي"

هدفت الدراسة التعرف فعالية البرنامج السلوكي المستخدم في علاج التبـول ومقارنـه نتائجهـا بالدراسات السابقة وكما هدفت أيضاً التعرف علي الفروق الدالة إحصائياً بـين الجنسـين مـن الأطفال في معدل التحسن والتعرف علي علاقته التحصيل بمستويات التحسن ومعالجه مشـكله التبول لدي الأطفال في وقت مبكر لتخفيف حده المشكلات النفسية السـابقة أو اللاحقـة لهـذه المشكلة والتي تعتبر عاملاً ايجابياً في تحسن حاله الطفل النفسية وتعزيز ثقتـه بنفسـه وتغيـر مفهومه عن ذاته، واشتملت العينة علي(196) حاله من الأطفال الذكور والإناث 99من الـذكور و97 من الإناث حيث تم متابعه 88حاله و44من الذكور و44 من الإنـاث ولـم ترجـع بـاقي الحالات ولم يتمكن الباحثون من معرفه الظروف والأسباب وراء ذلك حيث تراوحـت أعمـار عينه الأطفال مابين 5-15 سنة، وقام الباحثون بمقابله الأطفال بشكل فردي بحضور الوالـدين علي مدار سنه كاملة في العيادة النفسية وعيادة المعالجة السلوكية في مستشفي الأمير هاشم بـن الحسين التابع للخدمات الطبيعية الملكية الأردنية، بعد الإطلاع علي ملفـاتهم الطبيـة ومتابعـة فحوصاتهم المخبرية والتأكد من عدم وجود أسباب عضويه لمشكله التبول اللاإرادي، وتوصـلت

الدراسة إلي أن البرنامج السلوكي المكثف لمعالجه مشكله التبول اللاإرادي قد اثبت فاعليته وقـد كانت نسبه التحسن عند الأطفال موضع الدراسة 77% وهذه النتيجة مشابهه لما توصـلت إليـه كثير من دراسات سابقة كثيرة، سواء استخدمت العقاقير أو الطرق الآخري، وقد حقـق بعـض الأطفال في الدراسة الحالية شفاء تاما وكان عددهم(27)طفلاً، (15) منهم من الأطفال الـذكور و(12) من الأطفال الإناث وهذا العدد يشكل نسبة 30.6%من مجموع الحالات الكلي، كمـا لـم تحدث انتكاسات إلا عند حالتين، ولكن مع زيادة التعزيز النفسي والإرشاد للأهل تمكن هـؤلاء من إظهار نتائج أفضل، كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلاله إحصائية بـين الجنسين من الأطفال في مستوي التحسن، كما لا يوجد فروق ذات دلاله إحصائية حول علاقـة التحصيل الدراسي بمستوي التحسن خلال الأسبوع الأول من فترة التقويم مما بعد المعالجة.

2. دراسة (الزراد، 1980):

هدفت الدراسة للتعرف علي الأوضاع النفسية والأسرية للأطفال المتبولين لا إرادياً واشـتملت عينة الدراسة علي ست حالات لأطفال يعانون من التبول اللاإرادي منذ فتـرات طويلـة، وقـد تراوحت أعمار هذه الحالات من(7-12) سنة، كما اشتملت علي عينه أخـري مـن الأطفـال العاديين من تلاميذ المرحلة الابتدائية من نفس العمر والجنس بلغت ستة عشر طفلاً منهم تسـعه ذكور، وسبعة إناث وذلك لمقارنة أوضاعهم الأسرية والنفسية مع الأطفال المتبـولين لا إراديـاً كعينة ضابطة وقد استخدم الباحث دراسة تاريخ الحالة وقد تم استبيان لهذا الغـرض، والمقابلـة النصف موجهة للطفل صاحب المشكلة، وفي حدود مقابلة أسبوعيا ولمده 45 دقيقـة، واختبـار رسم الأسرة وهو الكشف عن عوامل التفكك والاكتئاب النفسي والحرمان العـاطفي، وأظهـرت الدراسة أن تبين من هذه الحالات أن الظروف البيئية السيئة وبالذات التفكك الأسري والحرمـان العاطفي للطفل من الأم أو الأب أو الضرب في تدريب الأطفال علي النظافة من العوامل التـي

تساهم في حدوث التبول اللاإرادي لدي الطفل، وكما أظهرت أيضـاً أن العلاقـة السـيئة بـين الأبوين، والمشاحنات أو المشاجرات أو الفرق بينهما الطلاق عندها يشعر الطفل بعـدم الأمـن والخوف والقلق مما ينعكس علي نموه العضوي والحيوي من الناحية الوظيفية مما يجعله يعاني من اضطرابات جسمية من بينها التبول اللاإرادي ومن ابرز السمات الشخصية السـائدة لـدي الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي والتي وردت في هـذه الحـالات هـي: (الغيـرة، الانطواء، الخجل، فقدان الشهية للطعام، كثرة الحركة، والعدوان، الاضـطرابات فـي النطـق، الأحلام المزعجة والكوابيس الليلية، مص الأصبع، قضم الأظافر، البكاء، الخـوف، الإتكاليـة، الاضطرابات الوجدانية).

3.دراسة (الريحاني، 1981):

بعنوان" معالجه التبول سلوكياً(دراسة تجريبية علاجية)"

هدفت الدراسة إلي الكشف عن فعالية مبسطة في معالجة مشكلة التبول، وعي العائلية، تم الكشف عن عينة الدراسة بواسطة استبانه خاصة تم تطويرها للكشف عن حـالات التبـول وقـد تـم توزيع(3000) استبانه علي طلبة المدارس الابتدائية والإعدادية استخدم الباحث استبانه كشـف حالات التبول استبانه المعلومات الشخصية والعائلية، نموذج تعليمات للأهـل لضـمان تعـاون الوالدين جدول التقويم اليومي – ساعة منبه للمساعدة في إيقاظ الطفل، وكانت العينة (6) أفـراد وتتراوح أعمارهم من6-15 سنه منهم 4ذكور و2 إناث،فيما يلي بعض الخصائص المهمة لـدي المجموعة كما حصل عليها الباحث، مستوي ثقافي للوالدين أميين وتتراوح عدد غرف المنـزل الذي يسكنوه من 2-3 غرف، وجميعهم ينامون مع أخوتهم في نفس الغرفة و وجمـيعهم مـن المتبولين ليلا، تتراوح عدد مرات التبول من 2-7 أسبوعياً، ولهم أخـوه يعـانون مـن نفـس المشكلة، وتوصلت الدراسة إلي أن خمساً من الحالات الست التي خضعت للمعالجـة أي نسـبة

(83.5%) استطاعت أن تصل إلي النظافة الكاملة في الأسبوع الرابع من العلاج، واستمرت هذه الحالات نفسها نظيفة

4. دراسة (الزراد، للاف، 1984):

بعنوان" أثر العوامل الأسرية والنفسية والتربوية في عملية التبول"

هدفت الدراسة الكشف عن العوامل الأسرية والنفسية والتربوية التي ساهمت في حدوث عمليـه التبول لدي عينة الدراسة والبالغ عددها ست حالات منهم ثلاثة ذكور وثلاث إنـاث تراوحـت أعمارهم بين (7-12)سنة، ولقد استخدم الباحث والباحثة المنهج الإكلينيكي الذي يهتم بدراسـة الحالات بشكل فردي والاعتماد علي وسائل إكلينيكية وقد استخدم الطرق التالية: دراسة تـاريخ الحالة، الملاحظة الإكلينيكية، المقابلة النصف موجهه، اختبار رسم الأسرة، كما تم أعداد استمارة خاصة من قبل الباحثين لدراسة الحالة ولقد توصلت الدراسـة إن عوامـل التربيـة الأسـرية والحرمان العاطفي والاكتئاب والتفكك الأسري وضعف الذات والشعور بالخوف والقلـق لـدي الطفل تساهم جميعها في حدوث التبول لدي الأطفال، كما أن العوامل الاجتماعية والاقتصـادية والصحية السيئة أكثر انتشاراً لدي الأطفال المرضي منه لدي الأفراد العاديين، كمـا أن نتـائج المعلومات التي وردت من خلال دراسة الحالة والمقابلة الشخصية مع الطفل وولي أمره أو ذويه اتفقت مع النتائج التي وردت من خلال تحليل رسوم الأطفال وهذا يشير إلي صـلاحية اختبـار رسم الأسرة في الكشف عن بعض العوامل الأسرية و النفسية المساهمة في اضطراب الطفل كما أن كشف عن فروق فردية واضحة بين عينة الأطفال المرضي بالتبول والأطفال العـاديين، وأن النتائج التي أظهرتها الدراسة يترتب عليها إجراءات علاجية ووقائية للطفل تستهدف توفير وسط أسري خال من الاضطرابات والمشكلات والعمل علي فهم الطفل وإشباع حاجاته الأساسية.

5. دراسة (الزراد ، 1989) :

هدفت الدراسة إلي معرفة العوامل النفسية الكامنة وراء حالات التبول الااردادي، والـي تـوفير الوعي بأهمية وقاية الأطفال من التعرض لحاله التبول، وقد أجريت هذه الدراسة لبعض حالات التبول اللاإرادي في الجزائر وأيضاً لتقديم إرشادات وأهميه التعاون في علاج هـذه الحـالات، وتكمن أهميه هذه الدراسة في أنها تتناول مشكله هامه وخطره متعلقة بالأطفال والأهل والمعلين والأطفال أنفسهم، اشتملت عينة الدراسة علي ست حالات لأطفال يعانون من التبول الـلاإرادي منذ فترات طويلة،وفشلت المحاولات الطبية في علاج هذه الحالات وقد تم اختيار هذه الحـالات من قسم أمراض الأطفال والعيادة الخارجية، وقد تراوحت أعمار هذه الحالات من(7-12) سنة، وقد استخدم الباحث في إجراء هذه الدراسة المنهج الإكلينيكي، دراسة تاريخ الحالـة، والمقابلـة النصف موجهة للطفل صاحب المشكلة وفي حدود مقابلة أسبوعياً ولمده 45 دقيقة، واختبار رسم الأسرة، وأظهرت نتائج الدراسة: أن تبين من هذه الحالات أن الظروف البيئية السيئة وبالـذات التفكك الأسري وعلاقة الطفل بوالديه تساهم في حدوث التبول اللاإرادي لـدي الطفـل، وكمـا أظهرت أيضاً أن العلاقة السيئة بين الأبوين، والمشاحنات أو المشاجرات تـنعكس علـي حالـه الطفل وقد يؤدي إلي اضطراب سلوكه ومن بينها التبول اللاإرادي، وأن العوامل الاجتماعيـة، الاقتصادية والصحية والثقافية تهيئ أصابه الطفل بالتبول الـلاإرادي، ومـن ابـرز السـمات الشخصية السائدة لدي الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي والتي وردت في هذه الحالات (الغيرة، الانطواء، الخجل، فقدان الشهية للطعام، كثره الحركة، والعدوان، الأحـلام المزعجـة والكوابيس الليلية، البكاء، الخوف، الإتكالية).

6 دراسة (غريب، 1989):

بعنوان"الاتجاهات الوالدية لدي الأمهات نحو أطفالهن الذين يعانون من التبول اللاإرادي "

هدفت الدراسة إلي معرفه فيما إذا كانت الاتجاهات الوالدية في التنشئة الأسـرية لـدي أمهـات الأطفال الذين يتبولون لا إراديا تختلف عن الاتجاهات الوالدية في التنشـئة الأسـرية لأمهـات الأطفال في نفس العمر والجنس والذكاء، وقد حدد الباحث الاتجاهات الوالدية للام بالإبعاد التالية التسلط، الحماية الزائدة والإهمال، التدليل، القسوة، أثاره الألم النفسـي، تذبـذب فـي المعاملـة والتفرقة في المعاملة، الأسلوب السوي أو الديمقراطي، قد طبق الباحـث مقيـاس الاتجاهـات الوالدية علي عينة بلغت (84)، وقد توصلت الدراسة إلي عده نتائج أهمهـا أن الفـروق بـين الاتجاهات الأمهات في تنشئتهن الأسرية لأطفالهن الذي يبولون لاإرادياً وبين اتجاهات أمهـات الأطفال العاديين من حيث استخدام أسلوب التسلط هي فروق غير دالة إحصـائياً، وأن الفـروق بين اتجاهات أمهات الأطفال العاديين من حيث أسلوب الحماية الزائدة في التربيـة غيـر دالـة إحصائياً، وأن الفروق من حيث استخدام القسوة في التنشئة الأسرية غير دالـة إحصـائياً. وان الفروق من حيث استخدام أسلوب التفرقة في المعاملة في التنشئة الأسرية غير دالـة إحصـائياً، وأن هذه الدراسة غير كافية في الواقع لاتخاذ القرار بشان اثر الاتجاهات الوالدية فـي التبـول اللاإرادي ولابد من البحث عن عوامل أكثر ارتباطا بمشكله التبول كما لابد من اختيـار دقيـق للعينات، وتثبيت المتغيرات التي قد تؤثر في عمليه التبول اللاإرادي واستخدام وسـائل قيـاس مناسبة والتميز بين الحالات العضوية والحالات الوظيفية، كما انه لا يمكن إلغاء دور الأم فـي التربية الأسرية للطفل ودورها في تدريب الطفل علي النظافة، كـذلك لا نسـتطيع إلغـاء دور العوامل الآخري مثل العوامل التربوية والنفسية والاجتماعية التي أكدت عليها الدراسـات التـي أجريت حول هذه المشكلة.

7.دراسة (خير، 1999):

بعنوان" المشكلات السلوكية لبول الفراش بين طلاب المداس الابتدائية"

هدفت الدراسة إلي تقديم المشكلات المرفقة لبول الفراش وقد طبق الباحث مقيـاس مـن نـوع دراسة الحالات وأيضاً تم الاستخدام لهذا الغرض الاستبيان المعبأ ذاتياً من قبل الأهـل (قائمـه المشكلات السلوكية)، وقد طبقت هذه الدراسة علي عينة بلغت (3487) تلميذ وتلميذة من ثـلاث مدارس ابتدائية رسميه تراوحت أعمارهم بين 6-14 عاماً. وقد توصلت الدراسة إلـي نتـائج أهمها أنه تبين أن الأطفال الذين يعانون من بول الفراش مقارنه بالمجموعـة الضـابطة أكثـر عرضة وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كثرة حدوث المشكلات السلوكية التالية عنـد الذكور مقارنه مع الإناث بمجموعه بول الفراش فرط النشاط والحركة والطفل الكتوم والعصبية الزائدة وحدية الطبع، وتبين وجود فروق ذات دلاله إحصائية بكثرة حدوث المشكلات السـلوكية التالية عند الإناث مقارنه مع الذكور وهي الخجل التفاخر والتباهي علي الآخـرين، وتبـين أن الذكور يعانون من بول الفراش أكثر عرضه بثلاث مرات أو أكثـر مـن الـذكور الأصـحاء (مجموعه ضابطة) لحدوث المشكلات السلوكية التالية: التأتأه، ومص الأصابع، وقضم الأظافر، والكذب، والعدوانية.

تعقيب عام علي الدراسات السابقة :

من خلال العرض السابق للبحوث و الدراسات السابقة والتي تناولت متغيرات الدراسـة والتـي قسمها الباحث إلي خمس مجموعات وهي:

المجموعة الأولي: وتختص بالدراسات التي تناولت موضوع المشكلات السلوكية.

المجموعة الثانية: وتختص بالدراسات التي تناولت موضوع السلوك العدواني.

المجموعة الثالثة: وتختص بالدراسات التي تناولت موضوع تشتت الانتباه والحركة الزائدة.

المجموعة الرابعة: وتختص بالدراسات التي تناولت موضوع الخوف.

المجموعة الخامسة: وتختص بالدراسات التي تناولت موضوع التبول اللاإرادي.

فقد رأي الباحث أنه في ضوء ما سبق عرضه أن يعقب علي هذه الدراسات علي النحو التالي:

أولا: الدراسات التي تناولت موضوع المشكلات السلوكية:

بعد استعراض الدراسات التي تناولت المشكلات السلوكية فقد أراد الباحث أن يعقب علـي هـذه الدراسات من عدة زوايا وهي علي النحو التالي:

أولاً: من حيث الموضوع:

لقد تناول العديد من الباحثين المشكلات السلوكية وحدودها في قائمة وأسموها قائمة المشـكلات السلوكية حيث تعددت المشكلات ، ففي دراسة (جاتون وآخـرون Gayton .et .al ،1982) تناول مشكلة النشاط الزائد ، وتناولـت دراسـة (أشـنباح وآخـرون Achenbach et .al ،1991) مشكلات السلوك العدواني ، والنشاط الزائد ، والانحراف السلوكي، وتناولـت دراسـة (العمران و عبادة ،1993) مشكلات (الأنانية، مشكلات الغذاء، الخوف، النشاط الزائد، أمراض الكلام، العناد والتمرد، الاعتمادية الزائدة، قلة النظافة الشخصية، الغضب والانفعاليـة الزائـدة،

عدم القدرة على التأجيل، عادات اجتماعية غير مرغوب فيها، الغيرة) ، أماالدراسة الحالية فقـد تناولت مشكلات الخوف والتبول الالارداي والسلوك العدواني ، وتشتت الانتباه والحركة الزائدة.

ثانياً: من حيث الأهداف:

لقد توحدت الدراسات السابقة في أهدافها، ولهذا وضع الباحثين أهداف عديدة ومتنوعة وأرادوا أن يحققوا هذه الأهداف، وبالتالي فقد تعددت الأهداف ففي دراسة (أبو ناهية ،1993) فهـدفت إلي بناء قائمة للمشكلات السلوكية ، لدى الأطفال في البيئة الفلسطينية بقطاع غـزة، وهـدفت دراسة (طنجور،1998) للتعرف على الاضطرابات الانفعالية والمشـكلات السـلوكية الأكثـر انتشاراً لدى فئة من الأطفال الذين انفصل والداهم بالطلاق ، وكمـا هـدفت دراسـة (خضـر ،1999) المشكلات السلوكية الشائعة لدى أطفال الرياض من (4 – 6 سنوات) في محافظة غزة كما تدركها الأمهات والمعلمات، ووضع برنامج إرشادي لتعديل أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى الأطفال.

ثالثاً: من حيث العينات:

أجريت معظم الدراسات السابقة في هذه المجموعة في بيئات متعددة ، ولقد اختلفت الدراسات في تناول العينة التي تقوم عليها الدراسة وقد تناولت مجمل الدراسات والبحوث مراحل تعليميـة معينة، ففي حين ركزت معظم الدراسات علي الأطفال فقد تناولت كلٌ من دراسة (أبـو ناهيـة ،1993)و دراسة (العمران و عبادة ،1993) و دراسة (السهل ، 2001) مرحلـة الأطفـال ورياض الأطفال ، فيما ركزت بعض الدراسات علـي فئـة المـراهقين والشـباب كدراسـة (علي،2000)و دراسة (الغامدي وآخرون ،1999) .

رابعاً: من حيث الأساليب الإحصائية:

اتفقت الكثير من الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في استخدام الأساليب الإحصائية التاليـة: المتوسطات، الانحرافات المعيارية، قيم ت T-test ، واختبارات التباين مثل دراسـة (سـعادة وآخرون ،2002)و دراسة (خضر ،1999)واختبار مان وتني كدراسة (طنجور،1998) ، أما باقي الدراسات فقد تناولت أساليب متعددة تتناسب مع متغيرات المنهج الذي تتبعه.

خامساً: من حيث النتائج:

اتفقت الكثير من الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في أن معظم البرامج أظهرت النتـائج عن وجود فروق دالة إحصائيا بين الأطفال الذكور والإناث في بعـض المشـكلات السـلوكية كدراسة (العمران و عبادة ،1993) ، وبينت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين فئات العمر المختلفة للأطفال في المشكلات السلوكية الشائعة كدراسة (عبد الرحمن ، 1989) ، كما أظهرت نتائج دراسة(طنجور،1998) أن أولاد المطلقين يعانون من أشكال مختلفة مـن الاضـطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية، أما باقي الدراسات فقد أظهرت أنه يوجد كثيـر مـن المشـاكل السلوكية ينبغي علي المختصين إيجاد الحلول لها.

ثانياً: الدراسات التي تناولت موضوع السلوك العدواني:

بعد استعراض الدراسات التي تناولت تخصص الباحث وهو السلوك العدواني فقد أراد الباحـث أن يعقب علي هذه الدراسات من عدة زوايا وهي علي النحو التالي:

أولاً: من حيث الموضوع:

لقد اختلفت الدراسات في تناول موضوع السلوك العدواني، فقد تناولـت وركـزت الدراسـات السابقة علي موضوع السلوك العدواني في مجالات ضيقة فالغالبية من الباحثين درس السـلوك

العدواني وعلاقته ببعض المتغيرات مثل التنشئة الاجتماعية كدراسة (القططي، 2000)، أو التوافق النفسي المدرسي مثل دراسة (الطويل، 2002) بينما تناولت دراسة (النيرب ، 2008) العوامل النفسية والاجتماعية المسئولة عن العنف المدرسي ، وكانت هناك قلة من الباحثين من تناول الموضوع علي أنها مشكلة أنها تحتاج إلي تدخل وحلول ومن ثم لابد أن تضع لها أساليب إرشادية أو تكتيكات علاجية إذا لزم الأمر مثل دراسة (المصري، 2006)ودراسة (أبو حطب، 2002) والتي من شأنها أن تساعد المهتمين في هذا المجال للمساعدة في تخفيف حدة القلق والتوتر.

ثانياً: من حيث الأهداف:

تعددت الأهداف بتعدد المواضيع التي تناولتها البرامج والدراسات فكانت تهدف في مجملها إلي معرفة وكشف مستوي السلوك العدواني الموجود لدي عينة الدراسة في كل دراسة فهناك دراسات هدفت إلي الكشف عن الفروق بين المجموعات وكذلك هدفت إلي التعرف السلوك العدواني وعلاقته ببعض المتغيرات دون الخوض في تقديم الحلول المناسبة للتخفيف من حدة هذه المشكلة مثل دراسة (دحلان، 2003)، دراسة (محيسن، 1999)، دراسة (عبد ا ، 1998) ، بالإضافة أن هناك بعض الدراسات تناولت الموضوع كبرنامج إرشادي للتخفيف السلوك العدواني كدراسة (المصري، 2006)ودراسة (أبو حطب، 2002).

ثالثاً: من حيث العينات:

لقد أجريت معظم الدراسات السابقة في البيئة العربية (مصر، فلسطين، الخليج العربي)، بينما أجري البعض الأخر في بيئات أجنبية، ولقد اختلفت الدراسات في تناول العينة التي تقوم عليها الدراسة وقد تناولت بعض الدراسات والبحوث مراحل عمرية مختلفة كالطفولة كدراسة

(المصري، 2006) و دراسة (دحلان، 2003)، والمراهقة والمرحلة الثانوية كدراسة دراسة (الطويل، 2002): دراسة (محيسن، 1999).

رابعاً: من حيث الأساليب الإحصائية:

اتفقت الكثير من الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في استخدام الأساليب الإحصائية التاليـة: المتوسطات، الانحرافات المعيارية، قيم ت T-test، واختبارات تحليل الأحـادي التبـاين مثـل دراسة (محيسن، 1999):، دراسة (عبد ا ، 1998)، دراسة (أبـو هـين، 1992)، دراسـة (القططي، 2000)، أما باقي الدراسات فقد تناولت أساليب متعددة تتناسب مع متغيرات المـنهج الذي تتبعه.

خامساً: من حيث النتائج:

أما بالنسبة للدراسات التي تناولت السلوك العدواني وعلاقته ببعض المتغيـرات فقـد أظهـرت معظمها تأثير السلوك العدواني على عدة متغيرات زيادةً وانخفاضاً مثـل دراسـة (الطويـل، 2002) ، دراسة (أبو حطب، 2002) و دراسة (دحلان، 2003) ، واتفقت بعض الدراسـات علي عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين في وجود السلوك العدواني كدراسـة (النيـرب ، 2008)، أما بالنسبة للبرامج الإرشادية التي تناولت السلوك العدواني فقد أثبتت أن أسلوب اللعب له دور ناجح وفعال في التخفيف من حدة السلوك العدواني مثل دراسة (المصـري، 2006) ، دراسة (أبو حطب، 2002).

ثالثاً: الدراسات التي تناولت موضوع اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد:

من خلال إطلاع الباحث الواسع علي الدراسات التي تناولت موضوع نقص الانتبـاه والنشـاط الزائد، فوجد أن هناك نشاط كبير في حركة البحوث الميدانية الخاصة بنقص الانتبـاه والنشـاط الزائد، حيث أجريت العديد من الدراسات التي تناولت نقص الانتباه والنشاط الزائد.

أولاً: من حيث الموضوع:

لقد تناولت معظم الدراسات العربية والأجنبية موضوع نقص الانتباه والنشاط الزائـد وعلاقتـه ببعض المتغيرات مثل دراسة(أبو هويشل، 2004) ودراسة (عجـلان وطنطـاوي، 1995) و دراسة (الشخص، 1985) ، بينما تناولت بعض الدراسات مثل دراسة (مسعد، 2003) موضوع نقص الانتباه والنشاط الزائد كمشكلة تحتاج إلي تدخل وأعدت برامج إرشادية للتخفيف منها.

ثانياً: من حيث الأهداف:

لقد تباينت الدراسات السابقة العربية والأجنبية في أهدافها، ففي حـين كانـت تهـدف معظـم الدراسات السابقة إلي بحث علاقة نقص الانتباه والنشاط الزائد ببعض المتغيرات مثل دراسة آنا ومارك (1996) (Anna,B. & Mark,L.W., 1996) ودراسة (الشخص، 1985) و دراسـة (صبره، 1994) و دراسة (عجلان وطنطاوي، 1995) وكذلك كانت تهدف بعض الدراسـات إلي إيجاد حلول ومقترحات لمشكلة نقص الانتباه والنشاط الزائد مثل دراسة (مسعد، 2003).

ثالثاً: من حيث العينات:

لقد أجريت الدراسات السابقة في بيئات معينة، فقد أجريت معظم الدراسات السابقة في البيئـات (المصرية، الأردنية، السودان، فلسطين)، في حين أخر أجريت بعض الدراسات فـي بيئـات أجنبية في الولايات المتحدة وغيرها من الدول الغربية، ولقد اختلفت الدراسات في تناول عينـة

الدراسة ففي حين اختارت معظم العينات الأطفال والمرحلة الابتدائية لإجراء الدراسات عليها كدراسة(أبو هويشل، 2004)و دراسة (مسعد، 2003) ، اتجه بعض الباحثين إلي إجراء الدراسات علي عينة من طلاب المرحلة الثانوية والمراهقين ، وهذا دليل علي أن أهم فئة هي فئة المرحلة الثانوية ومرحلة الشباب الجامعي، ، حيث أجريت معظم الدراسات علي الجنسين مثل دراسة (عجلان وطنطاوي، 1995).

رابعاً: من حيث الأساليب الإحصائية:

اتفقت الكثير من الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في استخدام الأساليب إحصائية متنوعة مثل: المتوسطات الحسابية، والنسب المئوية، والانحرافات المعيارية، ومعاملات الارتباط، واختبارات التات (ت)، وتحليل التباين الأحادي والثنائي، واختبارات مان وتني ، واختبار شيفيه البعدي والتحليل العاملي.

خامساً: من حيث النتائج:

اتفقت الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين نقص الانتباه والنشاط الزائد علاقته ببعض المتغيرات واتفقت هذه الدراسات علي وجود فروق جوهرية بين الجنسين في مستوي نقص الانتباه والنشاط الزائد لصالح الذكور كما في دراسة(أبو هويشل، 2004):، بينما أظهرت الدراسات التي أعدت برامج إرشادية لتخفيف نقص الانتباه والنشاط الزائد فعالية كبيرة وحققت نجاحاً ملحوظاً في هذا المجال كدراسة (مسعد، 2003).

رابعاً: الدراسات التي تناولت موضوع الخوف:

من خلال إطلاع الباحث الواسع علي الدراسات التي تناولت موضوع الخوف، فوجد أن هنـاك نشاط كبير في حركة البحوث الميدانية الخاصة بالخوف ، حيث أجريت العديد مـن الدراسـات التي تناولت الخوف

أولاً: من حيث الموضوع:

لقد تناولت معظم الدراسات العربية والأجنبية موضوع الخوف من خلال بعض الدراسات التي اهتمت بفحص المخاوف المرضية كدراسة (جيتـGettal، 1994) و دراسـة (فانـدنبرج 1993،Vandenberg) و دراسة (عبد المؤمن، 1992) ، بينما تناولت بعض الدراسات مثـل دراسة (منصور، 2000) موضوع الخوف كمشكلة تحتاج إلي تدخل وأعدت برامج إرشـادية للتخفيف منها ، كما تناولت بعض الدراسات موضوع الخـوف كسـمة وحالـة مثـل دراسـة (العيسوي، عبد الطيف 1989) ، وتناولت بعض الدراسات موضع الخـوف وعلاقتـه بـبعض المتغيرات كدراسة (الزيات، 1990).

ثانياً: من حيث الأهداف:

لقد تباينت الدراسات السابقة العربية والأجنبية في أهدافها، ففي حـين كانـت تهـدف معظـم الدراسات السابقة إلي فحص المخاوف المرضية ومدي انتشارها مثـل دراسـة (فانـدنبرج 1993،Vandenberg)و دراسة (كـنج وآخـرون King, Etel، 1994) ،وكانـت بعـض الدراسات تهدف إلي التعرف علي علاقة الخوف ببعض المتغيرات مثـل دراسـة (الزيـات، 1990): وكذلك كانت تهدف بعض الدراسات إلي إيجاد حلول ومقترحات لمشكلة الخوف مثـل دراسة (منصور، 2000).

ثالثاً: من حيث العينات:

لقد أجريت الدراسات السابقة في بيئات معينة، فقد أجريت معظم الدراسات السابقة في البيئـات (المصرية، الأردنية، السودان، فلسطين)، في حين أخر أجريت بعض الدراسات فـي بيئـات أجنبية في الولايات المتحدة وغيرها من الدول الغربية، ولقد اختلفت الدراسات في تناول عينـة الدراسة ففي حين اختارت معظم العينات الأطفال والمرحلة الابتدائية لإجراء الدراسات عليهـا كدراسة (منصور، 2000) و دراسة (راميرز،كراتشولRamirez,Kratochwill ،1997) و دراسة (جيتاGetta، 1994) و دراسة (كنج وآخرون King, Etel، 1994) ، كما واتجـه بعض الباحثين إلي إجراء الدراسات علي عينة من طلاب المرحلة الثانوية والمراهقين ، وهـذا دليل علي أن أهم فئة هي فئة المرحلة الثانوية ومرحلة الشباب الجامعي، ، حيث أجريت معظـم الدراسات علي الجنسين مثل دراسة (الزيات، 1990).

رابعاً: من حيث الأساليب الإحصائية:

اتفقت الكثير من الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في استخدام الأساليب إحصائية متنوعـة مثل: المتوسطات الحسابية، والنسب المئوية، والانحرافات المعياريـة، ومعـاملات الارتبـاط، واختبارات التات (ت)، وتحليل التباين الأحادي والثنائي، واختبارات مان وتنـي ، واختبـار شيفيه البعدي والتحليل العاملي.

خامساً: من حيث النتائج:

اتفقت الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين الخوف وعلاقته علي وجود فروق جوهرية بين الجنسين في مستوي الخوف لصالح الإناث كما في دراسة (عبد المؤمن، 1992)، ودراسـة (الزيات، 1990)و دراسة (العيسوي، عبد الطيف 1989) ،بينما أظهرت الدراسات التي أعدت

برامج إرشادية لتخفيف حدة الخوف فعالية كبيرة وحققت نجاحاً في هذا المجال كدراسة دراسة (منصور، 2000).

خامساً: الدراسات التي تناولت موضوع التبول الااردي:

من خلال إطلاع الباحث الواسع علي الدراسات التي تناولت موضوع التبول الااردي، فوجد أن هناك نشاط كبير في حركة البحوث الميدانية الخاصة بالتبول الااردي ، حيث أجريت العديد من الدراسات التي تناولت التبول الااردي.

أولاً: من حيث الموضوع:

لقد تناولت معظم الدراسات العربية والأجنبية موضوع التبـول الااردي مـن خـلال بعـض الدراسات التي اهتمت معرفة العوامل النفسية الكامنة وراء هـذه الحـالات كدراسـة فيصـل (الزراد، 1989)و (دراسة الزراد، للاف، 1984)، بينما تناولت بعض الدراسات مثل دراسـة (الريحاني، 1981) و دراسة (فالح وآخرون، 1977) موضوع التبول الااردي كمشكلة تحتاج إلي تدخل وأعدت برامج إرشادية للتخفيف منها ، كما تناولت بعض الدراسات موضوع التبول اللاإرادي وعلاقته ببعض المتغيرات كالاتجاهات الوالدية في التنشئة الأسرية كما فـي دراسـة (غريب، 1989).

ثانياً: من حيث الأهداف:

لقد تباينت الدراسات السابقة العربية والأجنبية في أهدافها، ففي حـين كانـت تهـدف معظـم الدراسات السابقة إلي التعرف علي العوامل الكامنة وراء حالات التبـول الـلاإرادي ومـدي انتشارها مثل دراسة (ما سون ورمبور ادمي تال، 1996)و دراسة (خيـر، 1999)،وكانـت بعض الدراسات تهدف إلي التعرف علي علاقة التبول اللااردي ببعض المتغيرات مثل دراسـة

(غريب، 1989)وكذلك كانت تهدف بعض الدراسات إلي إيجاد حلـول ومقترحـات لمشـكلة الخوف مثل دراسة (فالح وآخرون، 1977) و دراسة (الريحاني، 1981).

ثالثاً: من حيث العينات:

لقد أجريت الدراسات السابقة في بيئات معينة، فقد أجريت معظم الدراسات السابقة في البيئـات (المصرية، الأردنية، ، فلسطين)، في حين أخر أجريت بعض الدراسات في بيئات أجنبية فـي الولايات المتحدة وغيرها من الدول الغربية، ولقد اختلفت الدراسات في تناول عينة الدراسة ،في حين اختارت معظم العينات الأطفال والمرحلة الابتدائية لإجراء الدراسـات عليهـا كدراسـة (غريب، 1989) و دراسة (خير، 1999)ودراسة (الزراد، 1980) ودراسة (الريحـاني، 1981)و (فالح وآخرون، 1977) .

رابعاً: من حيث الأساليب الإحصائية:

اتفقت الكثير من الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في استخدام الأساليب إحصائية متنوعـة مثل: المتوسطات الحسابية، والنسب المئوية، والانحرافات المعياريـة، ومعـاملات الارتبـاط، واختبارات التات (ت)، وتحليل التباين الأحادي والثنائي، واختبارات مان وتنـي ، واختبـار شيفيه البعدي والتحليل العاملي.

خامساً: من حيث النتائج:

اتفقت الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين التبول اللاإرادي و علاقته بـبعض المتغيـرات علي وجود فروق جوهرية بين الجنسين في مستوي الخوف لصالح الإناث كمـا فـي دراسـة (الزراد، للاف، 1984)ودراسة (آن ديوش، 1968)،بينما أظهرت الدراسات التـي أعـدت

برامج إرشادية لتخفيف حدة التبول اللااردادي فعالية كبيرة وحققت نجاحاً ملحوظاً في هذا المجال كدراسة (فالح وآخرون، 1977) و دراسة (الريحاني، 1981) .

تعقيب عام علي الدراسات السابقة:

من خلال الدراسات التي اعتمد عليه الباحث في دراسته الحالية ، فقد استفاد الباحث كثيراً مـن هذه الدراسات في إعداد المقدمة والإطار النظري لدراسته ، حيث تم تقسيم الإطار النظري إلي خمسة مباحث ، ومن خلال التعليق السابق علي الدراسات التي استخدمها الباحث، فقد اسـتفاد الباحث في اختيار منهج الدراسة، وتحديد العينة المستخدمة في الدراسـة، كمـا اسـتفاد مـن المعلومات الواردة في الدارسات، في بناء استبانة المشكلات السلوكية وتتضمن مشاكل السـلوك العدواني والخوف ونقص الانتباه والنشاط الزائد والتبول اللاإرادي، وخصوصـاً بعـد الحـرب الهمجية علي قطاع غزة، ثم تمت الاستفادة من هذه الدراسات في بناء الدراسات السابقة ، ومن ثم إعداد استبانة الدراسة والتي تشمل علي قائمة المشكلات السلوكية ، بالإضافة إلي اسـتفادته الكبري في وضع الفروض لدراسته ، بجانب الاستفادة الكبيرة منها في عرض وتفسير النتـائج التي توصلت إليها دراسة الباحث ، وكذلك الاستفادة منها في وضع مقترحات وتوصيات

فرضيات الدراسة:

15. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمـدارس وكالـة الغوث بعد حرب غزه تعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثي) ؟

16. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمـدارس وكالـة الغوث بعد حرب غزه تعزي لمتغير استشهاد أحد الوالدين (الأب ، الأم)؟

17. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمـدارس وكالـة الغوث بعد حرب غزه تعزى لمتغير هدم المنزل (كلي ، جزئي)؟

18. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمـدارس وكالـة الغوث بعد حرب غزه تعزى لمتغير التعرض لأصابه جسدية (بسيطة ، متوسطة ، خطيرة) ؟

19. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمـدارس وكالـة الغوث بعد حرب غزه تعزى لمتغير المستوي التعليمي للوالدين (أمي ، ابتـدائي ، إعـدادي ، ثانوي ، جامعي)؟

20. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمـدارس وكالـة الغوث بعد حرب غزه تعزى لمتغير المسكن(الشمال ، غزة ، الوسطي ، الجنوب) ؟

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة.

- منهج الدراسة.
- مجتمع الدراسة.
- عينة الدراسة.
- الأدوات المستخدمة في الدراسة.
- الأساليب الإحصائية.
- إجراءات التطبيق.

إجراءات الدراسة

مقدمة:

يتناول هذا الفصل وصفاً لمنهج الدراسة ، والأفراد مجتمع الدراسة وعينتهـا ، وكـذلك أدوات الدراسة المستخدمة وطرق إعدادها ، وصدقها وثباتها ، كمـا يتضـمن هـذا الفصـل وصـفاً للإجراءات التي قام بها الباحث في تقنين أدوات الدراسـة وتطبيقهـا ، وأخيـراً المعالجـات الإحصائية التي اعتمد الباحث عليها في تحليل الدراسة .

أولاً منهجية الدراسة :

من أجل تحقيق أهداف الدراسة قام الباحث باستخدام المنهج الوصفي التحليلـي والـذي يعرف بأنه طريقة في البحث تتناول أحداث وظواهر وممارسات موجودة متاحة للدراسة والقياس كما هي دون تدخل الباحث في مجرياتها ويستطيع الباحث أن يتفاعل معها فيصفها ويحللها.

ثانياً المجتمع الأصلي للدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع طلبة المرحلة الدنيا (الثاني ، الثالث ، الرابـع) فـي مدارس وكالة الغوث الدولية في محافظات قطاع غزة حسب المناطق التعليمية ، والبالغ عددهم (22484) طالب وطالبة، موزعين علي المناطق التعليمة الخمس كل علي حدي و ذلك حسـب إحصائية برنامج التعليم التابع لوكالة الغوث الدولية للعام الدراسي2009 – 2010 م والجـداول التالية توضح توزيع أفراد المجتمع الأصلي.

جدول " 1 "

يوضح توزيع مجتمع وحجم عينة الدراسة

الرقم	المنطقة	متوسط الطلاب	نسبة الطلاب	حجم العينة
1	رفح	272	%15	169
2	خان يونس	301	%16	180
3	الوسطي	329	%18	202
4	شرق غزة	327	%18	202
5	غرب غزة	267	%14	157
6	الشمال	350	%19	214
المجموع		**1848**	**%100**	**1124**

متوسط كل مدرسة في قطاع غزة = $\frac{1848}{6}$ = 308 طالب

إجمالي حجم المجتمع (المناطق الحدودية) = متوسط كل مدرسة × عدد المدارس الحدودية

= 308× 73= 22484

حجم العينة = 0.05× 22484= 1124

ثالثاً عينـة الدراسـة:

تألفت عينة الدراسة من التالي :

1. العينة الاستطلاعية: Pilot Sample

حيث قام الباحث باختيار عينة من طلبة المرحلة الدنيا (الثاني ، الثالث ، الرابع) من مـدارس وكالة الغوث الدولية بمحافظات غزة، ، حيث اسـتخدمت العينـة الاسـتطلاعية لتقنـين أدوات الدراسة، والتحقق من الصدق والثبات، وجدول((2)) يوضـح توزيـع العينـة الاسـتطلاعية كالتالي :

جدول " 2 "

يوضح توزيع طلبة المرحلة الدنيا في العينة الاستطلاعية

الجنس / المنطقة	المنطقة الجنوبية	المنطقة الشمالية	المجموع
ذكور (طلاب)	19	16	35
إناث (طالبات)	16	19	35
المجموع	**35**	**35**	**70**

2. العينة الحقيقية الفعلية: Actual Sample

حيث قام الباحث باختيار عينة عشوائية عنقودية ممثلة للمجتمع الأصلي للدراسة وبلغت العينـة الحقيقية (**1142**)طالب وطالبة موزعين علي المناطق التعليمة الخمس بمدارس وكالة الغوث و جدول ((3)) يوضح اختيار العينة الحقيقية الممثلة للمجتمع وكانت كالتالي:

جدول " 3 "

يوضح توزيع العينة الحقيقية الممثلة للمجتمع الأصلي للدراسة

الرقم	المنطقة التعليمية	حجم العينة
1	رفح	169
2	خان يونس	180
3	الوسطي	202
4	شرق غزة	202
5	غرب غزة	157
6	الشمال	214
	المجموع	**1124**

تصنيف البيانات العامة لخصائص أفراد العينة:

قام الباحث بتصنيف البيانات العامة لخصائص أفراد العينة و الجداول التالية تبين خصائص مجتمع الدراسة كالتالي:

أولاً الجنس:

يبين جدول رقم ((4)) توزيع العينة حسب الجنس، حيث تبين أن 56.6 % من عينة الدراسة من الذكور، و 43.4 % من عينة الدراسة من الإناث

جدول " 4 "

توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	636	56.6
أنثي	488	43.4
المجموع	**1124**	**100.0**

ثانياً السكن :

يبين جدول رقم ((5)) أن 18.9% من عينة الدراسة يسكنون في منطقة " الشمال " ، و 32.4% من عينة الدراسة يسكنون في منطقة " غزة " ، و 18.0% من عينة الدراسة يسكنون في منطقة " الوسطى "، و 30.8% من عينة الدراسة يسكنون في منطقة " الجنوب".

جـدول " 5 ""

توزيع عينة الدراسة حسب متغير السكن

السكن	التكرار	النسبة المئوية
الشمال	212	18.9
غزه	364	32.4
الوسطي	202	18.0
الجنوب	346	30.8
المجموع	**1124**	**100.0**

ثالثاً المستوي التعليمي للوالدين :

يبين جدول رقم ((6)) أن 12.0% من عينة الدراسة المستوي التعليمي لوالديهم " أمي " ، و 20.4% من عينة الدراسة المستوى التعليمي لوالديهم " ابتدائي " ، و 23.7% من عينة الدراسة المستوى التعليمي لوالديهم " إعدادي " ، و 31.7% من عينـة الدراسـة المسـتوى التعليمـي لوالديهم " ثانوي " ، و 12.6% من عينة الدراسة المستوى التعليمي لوالديهم " جامعي" .

جـدول " 6 "

توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوي التعليمي للوالدين

المستوى التعليمي للوالدين	التكرار	النسبة المئوية
أمي	135	12.0
ابتدائي	229	20.4
أعدادي	266	23.7
ثانوي	352	31.3
جامعي	142	12.6
المجموع	**1124**	**100.0**

رابعاً استشهاد أحد الوالدين :

يبين جدول رقم ((7)) 21.8. % من عينة الدراسة قد استشهد لهم " الأب" ، و 13.5% مـن عينة الدراسة قد استشهد لهم " الأم" ، وأن 64.7 % من عينة الدراسة لم يستشهد لهم أحد مـن الوالدين.

جـدول " 7 "

توزيع عينة الدراسة حسب متغير استشهاد أحد الوالدين

استشهاد أحد الوالدين	التكرار	النسبة المئوية
الأب	245	21.8
الأم	151	13.5
لا يوجد استشهاد	**728**	**64.7**
المجموع	**1124**	**100.0**

خامساً هدم المنزل:

يبين جدول رقم ((8)) أن 15.1% من عينة الدراسة هدمت منازلهم " هدم كلي" ، و 48.8% من عينة الدراسة هدمت منازلهم هدم " جزئي" ، وأن 36.1 %من عينة الدراسة لـم يتضـرر المنزل.

جـدول " 8 "

توزيع عينة الدراسة حسب متغير هدم المنزل

هدم المنزل	التكرار	النسبة المئوية
كلى	170	15.1
جزئي	548	48.8
لايوجد هدم	406	36.1
المجموع	**1124**	**100.0**

سادساً إصابة جسدية :

يبين جدول رقم ((9)) أن 18.2% من عينة الدراسة إصابات ذويهم " بسـيطة " ، و 45.4% من عينة الدراسة إصابات ذويهم " متوسطة " ، و 3.2% من عينة الدراسة إصابات ذويهـم " خطيرة " ، وأن 33.3 % من عينة الدراسة ذويهم لم يصبوا بأي سوء.

جـدول " 9 "

توزيع عينة الدراسة حسب متغير حجم الإصابة الجسدية

إصابة جسدية	التكرار	النسبة المئوية
بسيطة	204	18.2
متوسطة	512	45.4
خطيرة	36	3.2
لم يصب	372	33.2
المجموع	**1124**	**100.0**

رابعاً : أدوات الدراسـة:

قام الباحث بإعداد و تطبيق أداة جمع البيانات في دراسته الحالية وهي علي النحو التالي :

أولاً استبانة المشكلات السلوكية :(إعداد الباحث)

- **خطوات بناء الاستبانة :**

<u>أولاً الصورة الأولية:</u>

في البداية فقد قام الباحث بالإطلاع علي كثير من الدراسات السـابقة والبحـوث فـي مجـال المشكلات السلوكية والإطلاع علي مقاييس المشكلات السلوكية ، فقد قام الباحث ببنـاء اسـتبانة جديدة اشتملت علي المظاهر العامة لكل مشكلة ، بجانب بعض السلوكيات المصاحبة للمشـكلة ،

حيث بلغت عدد فقرات الاستبانة في الصورة الأولية (85) فقرة موزعة علي ثلاثة مشـاكل رئيسية .

▪ **ثانياً الصورة النهائية:**

ومن أجل إخراج الاستبانة في صورتها النهائية، فقد قام الباحث بعرض الاستبانة في صـورتها الأولية علي عدد كبير من المختصين في مجال علم النفس الإرشاد النفسي والصـحة النفسـية والإحصاء، وبلغ عدد فريق السادة المحكمين (9) عضو محكم من أعضاء الهيئة التدريسية في كلية التربية بالجامعة الإسلامية، وجامعة الأزهر، وجامعة الأقصى، ، انظر ملحق رقم ((1))، وقد استجاب الباحث لآراء السادة المحكمين وقام بإجراء ما يلزم من حذف وتعديل فـي ضـوء مقترحاتهم بعد تسجيلها في نموذج تم إعداده، وبذلك خرجت الاستبانة في صورتها شبه النهائيـة ليتم تطبيقها على العينة الاستطلاعية، انظر ملحق ((6)) يوضح الصورة النهائية للمقياس .

▪ **وصف الاستبانة:**

بعد الإطلاع الواسع علي المقاييس والاستبيانات المتعلقة بمجال المشكلات السلوكية ، وتحديـد الباحث لأهم جوانب وأبعاد المشكلات السلوكية ، فقد صمم الباحث استبانة جديدة تناولت فيـه أهم السلوكيات المصاحبة والدالة علي المشكلة السلوكية وهي ثلاثة محاور علي النحو التالي :

1. **المحور الأول** السلوك العدواني: وتتضمن بعض السلوكيات المصاحبة والدالة علي السـلوك العدواني كالعبث بالأثاث ، والضرب ، والشتم ، والسخرية،والمشاغبة الصفية العدوانية. وعدد فقراته (30) فقرة من (1- 30) .

2. **المحور الثاني تشتت الانتباه والنشاط الزائد :** ويتضمن عدم التركيز ، التململ ، والعصبية ، والحركة الزائدة ، والقلق ، والثورة لأتفه الأسباب وفقدان الانتباه ، وعدد فقراتـه (27) من (31-57).

3. **المحور الثالث الخوف** :ويتضمن الخوف وحيداً ، والمخـاوف ، العزلـة والانطـواء ، والخوف عند سماع الإنفجارات والأصوات العالية ، وعدد فقراته (18) من (58 – 73).

- **صدق أداة الدراسة : Test Validity**

قام الباحث بتقنين فقرات الاستبيان وذلك للتأكد من صدقه وثباته كالتالي:

صدق فقرات الاستبيان: قام الباحث بالتأكد من صدق فقرات الاستبيان بطريقتين:

1. صدق المحكمين:

عرض الباحث الاستبانة على مجموعة من المحكمين تألفت من (9) أعضـاء مـن أعضـاء الهيئة التدريسية في كلية التربية بالجامعة الإسلامية وجامعـة الأزهـر، وجامعـة الأقصـى، متخصصين في علم النفس والإحصاء وقد استجاب الباحث لآراء السادة المحكمين وقام بـإجراء ما يلزم من حذف وتعديل في ضوء مقترحاتهم بعد تسجيلها في نموذج تم إعداده، وبذلك خرجت الاستبانة في صورتها شبه النهائية ليتم تطبيقها على العينة الاستطلاعية.

2. صدق الاتساق الداخلي لفقرات الاختبار: Internal Consistency

وقد قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي لفقرات الاختبار على عينـة الدراسـة البالغـة (70) مفردة، وذلك بحساب معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للمحور التابعة له.

والمقصود **بالاتساق الداخلي** للاختبار هو:" معرفة مدي ارتباط كل فقرة من فقـرات الاختبـار ككل، وتستخدم هذه الوسيلة الإحصائية كمحك داخلي لقياس صلاحية الوحدات وقياسها لما يقيسه الاختبار (عويضة، 1996: 98).

- **قياس صدق الاتساق الداخلي لفقرات الاختبار**

قام الباحث بإجراء صدق الاتساق الداخلي لفقرات الاختبـار، وجـدول رقـم ((10)) يبـين معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للمحور التابع له ، والـذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة (0.05) ، حيث أن مستوى الدلالة لكل فقرة أقل من 0.05 وقيمة r المحسوبة أ كبر من قيمة r الجدولية والتي تسـاوي2.33 وبـذلك تعتبر فقرات الاستبانة صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول "10 "

يوضح معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والمعدل الكلي للمحور التابعة له

مستوى المعنوية	معامل الارتباط	رقم الفقرة	مستوى المعنوية	معامل الارتباط	رقم الفقرة	
0.000	0.540	38	0.002	0.364	1	استبانة المشكلات السلوكية
0.000	0.606	39	0.011	0.302	2	
0.000	0.446	40	0.000	0.430	3	
0.000	0.477	41	0.039	0.247	4	
0.000	0.677	42	0.034	0.253	5	
0.001	0.393	43	0.000	0.723	6	
0.000	0.586	44	0.104	0.196	7	
0.000	0.496	45	0.003	0.353	8	
0.000	0.573	46	0.000	0.608	9	
0.002	0.357	47	0.000	0.506	10	
0.011	0.301	48	0.001	0.380	11	
0.009	0.309	49	0.000	0.510	12	
0.003	0.354	50	0.000	0.515	13	
0.100	0.198	51	0.000	0.676	14	
0.000	0.492	52	0.000	0.482	15	
0.000	0.562	53	0.000	0.559	16	
0.000	0.553	54	0.000	0.590	17	
0.000	0.618	55	0.000	0.619	18	
0.041	0.245	56	0.000	0.441	19	
0.002	0.358	57	0.000	0.545	20	
0.000	0.506	58	0.000	0.436	21	
0.000	0.689	59	0.000	0.447	22	
0.000	0.555	60	0.000	0.730	23	
0.000	0.597	61	0.000	0.544	24	
0.000	0.413	62	0.000	0.653	25	
0.001	0.378	63	0.000	0.483	26	
0.000	0.594	64	0.000	0.533	27	
0.000	0.721	65	0.000	0.736	28	
0.000	0.756	66	0.000	0.776	29	
0.000	0.496	67	0.000	0.653	30	
0.001	0.377	68	0.025	0.268	31	
0.000	0.536	69	0.000	0.539	32	
0.000	0.481	70	0.000	0.661	33	
0.000	0.517	71	0.000	0.485	34	
0.000	0.619	72	0.000	0.641	35	
0.000	0.517	72	0.000	0.523	36	
0.000	0.608	74	0.000	0.496	37	
0.000	0.561	75				

- **الصدق البنائي لمحاور الدراسة:**

وللتحقق من الصدق البنائي للأبعاد، قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين كل محور من محاور الاستبانة والمعدل الكلي لفقرات الاستبانة، و جدول رقم ((11)) يبين مدى ارتباط كل محور من محاور الاستبانة مع المعدل الكلي لفقرات الاستبانة ، ويوضح جدول رقم ((11)) أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة 0.05 ، حيث إن مستوى الدلالة لكل فقرة أقل من 0.05 وقيمة r المحسوبة أكبر من قسمة r الجدولية والتي تساوي 0.233 .

جدول " 11 "

معاملات الارتباط بين معدل كل محور من محاور الاستبانة ، مع المعدل الكلي لفقرات الاستبانة

المحور	محتوى المحور	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الأول	**مشكلة السلوك العدواني**	0.823	0.000
الثاني	**مشكلة تشتت الانتباه والنشاط الزائد**	0.814	0.000
الثالث	**مشكلة الخوف**	0.612	0.000

- **ثبات الاستبانة Reliability:**

وقد أجرى الباحث خطوات الثبات بطريقتين هما طريقة التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ.

- **طريقة التجزئة النصفية Split-Half Coefficient:**

قام الباحث بإيجاد معامل ارتباط بيرسون بين معدل الأسئلة الفردية الرتبة ومعدل الأسئلة الزوجية الرتبة لكل مقياس من مقاييس الاستبانة، وقد تم تصحيح معاملات الارتباط باستخدام معامل ارتباط سبيرمان براون للتصحيح **(Spearman-Brown Coefficient)** حسب المعادلة التالية: معامل الثبات = $\frac{2ر}{1+ر}$ حيث ر معامل الارتباط وقد بين جدول رقم ((12)) يبين أن هناك معامل ثبات كبير نسبياً لفقرات الاستبيان.

جدول " 12 "

يوضح معامل الثبات (طريقة التجزئة النصفية)

المحور	التجزئة النصفية				
	محتوى المحور	عدد الفقرات	معامل الارتباط	معامل الارتباط المصحح	مستوى المعنوية
الأول	مشكلة السلوك العدواني	30	0.7656	0.8672	0.000
الثاني	مشكلة تشتت الانتباه والنشاط الزائد	27	0.6792	0.8090	0.000
الثالث	مشكلة الخوف	18	0.7239	0.8398	0.000
جميع الفقرات		**75**	**0.7954**	**0.8860**	**0.000**

- **طريقة ألفا كرونباخ:**

واستخدم الباحث الحالي طريقة ألفا كرونباخ لقياس ثبات استبانة المشكلات السلوكية لكل بعد من أبعاد الاستبانة، والمعدل الكلي لفقرات الاستبانة، ويبين جدول رقـم ((13)) معـاملات ألفـا كرونباخ والتي تدل علي وجود معاملات ثبات كبيرة ودالة إحصائياً.

جدول " 13 "

يوضح معامل الثبات (طريقة ألفا كرونباخ)

المحور	طريقة ألفا كرونباخ				
	محتوى المحور	عدد الفقرات	معامل الارتباط	معامل الارتباط المصحح	مستوى المعنوية
الأول	مشكلة السلوك العدواني	30	0.7656	0.9359	0.000
الثاني	مشكلة تشتت الانتباه والنشاط الزائد	27	0.6792	0.7971	0.000
الثالث	مشكلة الخوف	18	0.7239	0.8991	0.000
جميع الفقرات		**75**	**0.7954**	**0.9407**	**0.000**

خامساً الأساليب الإحصائية:

لقد قام الباحث بتفريغ وتحليل الاستبانة من خلال البرنامج الإحصائي (**SPSS**) وتم اسـتخدام الاختبارات الإحصائية التالية:

1. التكرارات والنسب المئوية لقياس نسبة مستوي المشكلات السلوكية عنـد طلبـة المرحلـة الابتدائية.

2. اختبار **كولومجروف - سمرنوف** لمعرفة نوع البيانات هل تتبع هذه البيانات إلـي التوزيـع الطبيعي أم لا (**1-Sample K-S**).

3. اختبار ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة.

4. معاملات الارتباط (بيرسون) ، لقياس صدق الاستبانة الداخلي للفقرات.

5. **الإحصاء الوصفي التحليلـي**: ويشمل مقاييس النزعة المركزيـة (المتوسـطات الحسـابية والانحرافات المعيارية والتباين).

6. **الإحصاء الاستدلالي**: ويشتمل علي بعض الاختبارات مثل:

- اختبار ت البارامتري **(Test-T). One sample t test**
- اختبار ت البارامتري **(T- Test). Independent Sample T -Test**
- اختبار تحليل التباين الأحادي **(One Way ANOVA)**.

سادساً خطـوات الدراسـة:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بإجراء الخطوات التالية:

1. الإطلاع على الإطار النظري والأدب التربوي ذو العلاقة بالمشكلات السـلوكية ، المتمثلـة بالكتب والدراسات في مجال الإرشاد النفسي والمشـكلات السـلوكية ، ورسـائل الماجسـتير والدكتوراة العربية والأجنبية و الدراسات السابقة و المقاييس المتعلقة بهذه الدراسة مـن أجـل إعداد أدوات الدراسة.

2. البدء بكتابة الفصل الأول بما يتضمنه من مشكلة الدراسة، وأهدافها، وأهميتها.

3. كتابة الإطار النظري والذي يتكون من خمسة مباحث، شـمل المبحـث الأول المشـكلات السلوكية ، وشمل الثاني السلوك العدواني ، وشمل المبحث الثالث تشتت الانتباه والحركة الزائدة ، بينما شمل المبحث الرابع مشكلة الخوف ، وشمل المبحث الخامس مشكلة التبول اللاارداي .

4. تحديد الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة والاستفادة منهـا وتصـنيفها إلـي مجموعات.

5. إعداد أدوات الدراسة وشملت (استبانة المشكلات السلوكية) وعرضها علي نخبة من السـادة المحكمين.

6. القيام بالحصول علي كتاب رسمي من برنامج التعليم بالتعاون مع برنامج الصحة النفسـية والمجتمعية التابع لوكالة الغوث الدولية والقاضي بتنفيذ الدراسة علي المدارس الابتدائية بوكالـة الغوث الدولية في مناطقها التعليمية الخمس بمحافظات غزة.

7. تطبيق أدوات الدراسة علي العينة الاستطلاعية لإجراء عملية التقنين للتأكـد مـن صـدقه وثباته. ومن ثم التطبيق علي العينة الفعلية الحقيقية.

8. تحديد العينة الفعلية والتي سوف يتم تطبيق الاستبانة عليهم بعد الانتهاء من تقنينها.

9. القيام بجمع المعلومات وتفريغها وتحليلها إحصائياً بهدف معالجة فروض الدراسة.

10. تفسير النتائج التي توصلت إليها الدراسة وعلي ضوء هذه النتائج يتم كتابة بعض التوصيات والمقترحات بهدف الاستفادة منها في المستقبل.

11. تلخيص الدراسة في عدة صفحات لتسهيل التعرف علي محتواها.

12. ترجمة التلخيص إلي اللغة الإنجليزية ليتم الاستفادة منها علي نطاق واسع.

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها ومناقشتها

اختبار التوزيع الطبيعي.

عرض نتيجة التساؤل الأول وتفسيره ومناقشته

عرض نتيجة التساؤل الثاني وتفسيره ومناقشته

عرض نتائج الفرضية الأولي وتفسيرها ومناقشتها

عرض نتائج الفرضية الثانية وتفسيرها ومناقشتها

عرض نتائج الفرضية الثالثة وتفسيرها ومناقشتها

عرض نتائج الفرضية الرابعة وتفسيرها ومناقشتها

عرض نتائج الفرضية الخامسة وتفسيرها ومناقشتها

عرض نتائج الفرضية السادسة وتفسيرها ومناقشتها

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها ومناقشتها

مقدمة:

يعرض هذا الفصل النتائج التي توصل إليها الباحث، بناء علي المعالجـات الإحصـائية التـي استخدمت علي ما تم جمعه، وتحليله من البيانات التي تم التوصل إليها من خلال تفريـغ أدوات الدراسة، وهي استبانة المشكلات السلوكية، ولقد استخدم الباحث اختبار التوزيع الطبيعي (**اختبار كولمجروف- سمرنوف (1-Sample K-S)**) لمعرفة هل البيانات تتبع التوزيع الطبيعي أم لا ؟ وهو اختبار ضروري في حالة اختبار الفرضيات ، لان معظم الاختبارات المعلمية تشترط أن يكون توزيع البيانات طبيعياً ، ويوضح الجدول رقم ((14)) نتائج الاختبار حيث أن قيمـة **Z** صغيرة (أي أصغر من قيمة **Z** الجدولية) وكذلك قيمة مستوى الدلالة لكل مجال أكبـر مـن 0.05 ($sig. > 0.05$) وهذا يدل على أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي ويجـب اسـتخدام الاختبارات المعلمية.

جـدول " 14 "

اختبار التوزيع الطبيعي (One-Sample Kolmogorov-Smirnov)

محتوي المحور	عدد الفقرات	قيمة Z	قيمة مستوي الدلالة
السلوك العدواني	30	1.021	0.248
تشتت الانتباه والنشاط الزائد	27	1.288	0.073
الخوف	18	1.167	0.131
الدرجة الكلية لجميع المحاور	**75**	**0.822**	**0.509**

مناقشة تساؤلات وفرضيات الدراسة

أولاً: عرض نتائج التساؤل الأول وتفسيرها ومناقشتها:

ينص التساؤل الأول علي ما يلي: **" ما المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالة الغوث بمحافظات غزة؟**

وللإجابة علي هذا التساؤل قام الباحث بإعداد قائمة للمشاكل السلوكية الشائعة وقام بتوزيعها علي معلمو ومعلمات طلاب المرحلة الدنيا ، لبحث أكثر المشكلات السلوكية الناجمة بعد الحرب علي غزة وهي كالتالي

أولاً المرحلة الأولى " الدراسة الاستطلاعية " :

- أهداف الدراسة الاستطلاعية

هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى الكشف عن المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال الفلسطينيين كما يراها المعلمون والمعلمات والمرشدين في مدارس المرحلة الابتدائية التابعة لوكالة الغوث، وإعداد قائمة مشكلات موضع الدراسة.

- سؤال الدراسة الاستطلاعية

" ما المشكلات الشائعة لدى الأطفال في مدارس المرحلة الابتدائية بمحافظة خان يونس " .

- المنهج المستخدم في الدراسة الاستطلاعية

استخدم للكشف عن المشكلات السلوكية الشائعة لدى أطفال موضع الدراسة المنهج المسحي الاستطلاعي .

- عينة الدراسة الاستطلاعية

أجاب عن السؤال الاستطلاعي (50) معلماً ومعلمة ، منهم (18) معلماً ، (32) معلمة .

- التحليل الإحصائي المستخدم في الدراسة الاستطلاعية

استخدم لتحليل استجابات المعلمين والمعلمات التكرارات ، حيـث إنـه الأسـلوب الإحصـائي المناسب لتحليل محتوى استجابات الأسئلة الاستطلاعية .

- نتائج الدراسة الاستطلاعية

بعد تفريغ إجابات المعلمين والمعلمات عن السؤال الاستطلاعي ، وتجميع تكرارات المشكلات ، حصل الباحث على قائمة المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال الفلسطينيين فـي مـدارس المرحلة الابتدائية بمحافظة خان يونس ، والبالغ عددها (27) مشكلة سلوكية ، ويوضح جدول ((15)) قائمة المشكلات السلوكية المعدة من قبل الباحث.

جـدول " 15 "

يوضح قائمة المشكلات السلوكية لدي طلبة المرحلة الدنيا بوكالة الغوث الدولية

الرقم	المشكلة	تكرارها	الرقم	المشكلة	تكرارها
1.	السرقة	20	15.	الاستهتار	32
2.	الكذب	17	16.	الصمت الاختياري	7
3.	الغضب	30	**17.**	**الخوف**	**47**
4.	التخريب	28	18.	ضعف الأداء الاكاديمى	36
5.	**السلوك العدواني**	**49**	19.	اضطرابات النطق	2
6.	مص الأصابع	10	20.	العزلة الاجتماعية	11
7.	قضم الأظافر	9	21.	عدم الطاعة	25
8.	الانسحاب	12	22.	التوحد	7
9.	**تشتت الانتباه والحركة الزائدة**	**44**	23.	**التبول اللارادى**	**42**
10.	أحلام اليقظة والصراخ	13	24.	الكبت والاعتمادية	20
11.	القلق والتوتر	20	25.	إزعاج الآخرين	32
12.	ضعف تقدير الذات	25	26.	الخروج من المقعد	36
13.	الاكتئاب	5	27.	الاندفاع والتهور	33
14.	التهريج	35			

وهنا اتفق الباحث مع مشرف الدراسة علي اختيار أكثر المشكلات التي تواجه هذه الفئـة مـن طلبة المرحلة الابتدائية الدنيا (الثاني ، الثالث ، الرابع الابتدائي) بوكالة الغوث الدوليـة ، وتـم الاتفاق على أن يقوم الباحث بدراسة المشكلات التالية (السلوك العـدواني ، تشـتت الانتبـاه والحركة الزائدة ، الخوف ، التبول اللاارادي) في دراسته الحالية.

ويري الباحث أن النتيجة التي خرج بها من خلال عمله كمرشد نفسي في مدارس وكالة الغوث الدولية ، وخبرته في هذا المجال ، وعمله في برامج الطوارئ بوكالة الغوث الدولية ، منطقيـة وحقيقية حيث دلت بعض الإحصائيات التابعة لبرنامج الصحة النفسية والمجتمعية الذي يعمل به الباحث علي أن المشاكل التي اختارها الباحث في دراسته هي أكثر المشاكل الموجودة عند طلبة وكالة الغوث الدولية .

كما وقد اخذ الباحث بآراء وتوصيات المشرفين النفسيين و كثير من مدراء المدارس التي طبقت بها العينة علي أن أكثر المشاكل الموجودة في مدارسهم طباقًا لصحيفة العمل اليومي هي السلوك العدواني ، والحركة الزائدة ، والخوف ، وعزز مصداقية هذه النتيجة أراء وتوصيات معظـم مرشدي وكالة الغوث الدولية من خلال العمل الإرشادي اليومي الذي يطبق علي طلبة مـدارس وكالة الغوث الدولية.

ثانياً: عرض نتائج التساؤل الثاني وتفسيرها ومناقشتها:

ينص التساؤل الثاني علي ما يلي: **" ما مدي شيوع المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمـدارس وكاله الغوث بعد حرب غزه بمحافظات غزة؟**

وللإجابة علي هذا التساؤل، فقد استخدم الباحث المتوسطات الحسابية، والأوزان النسبية، وقيمـة اختبار t (**One Sample T- test**)، ومستوي الدلالة لكل محـور مـن محـاور اسـتبانة المشكلات السلوكية ، وجدول ((16)) يوضح ذلك:

جـدول " 16 "

المتوسطات الحسابية والأوزان النسبية وقيمة اختبار (t) ومستوي الدلالة لكل بعد من محور من محاور استبانة المشكلات السلوكية

محتوى المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة t	مستوى الدلالة
المحور الأول: السلوك العدواني	2.24	0.461	74.61	17.343	0.000
المحور الثاني: تشتت الانتباه والحركة الزائدة	2.33	0.411	77.76	27.118	0.000
المحور الثالث: الخوف	2.14	0.466	71.20	9.784	0.000
الدرجة الكلية لفقرات الاستبانة	**2.25**	**0.373**	**74.93**	**22.267**	**0.000**

ويتضح من الجدول السابق، من خلال تحليل فقرات كل محور من محاور استبانة المشـكلات السلوكية أن الوزن النسبي لجميع فقرات المحور الأول يساوي74.61% ، و الـوزن النسـبي لجميع فقرات المحور الثاني تساوي77.76%، و الوزن النسبي لجميع فقرات المحـور الثالـث تساوي 71.20 % ، والوزن النسبي الكلي لجميع المحـاور 74.93 % ، ومسـتوى الدلالـة يساوي (0.000) وهي أقل من (0.05) ، و قيمة t المحسوبة تساوي 22.267 وهو أكبر من قيمة t الجدولية والتي تساوي 1.96 مما يدل على وجود مشكلات سلوكية لدي الأطفـال بعـد حرب غزة .

ويعزو الباحث أن السبب في وجود مشكلات سلوكية تشمل السلوك العدواني وتشـتت الانتبـاه والحركة الزائدة ، والخوف ، والتبول اللارادي عند طلبة المرحلة الدنيا إلي:

الأحداث السياسية والاجتماعية والنفسية والمعرفية القائمة في مجتمعنا الفلسطيني الحالي، وبعد الحرب الهمجية علي قطاع غزة ، لاسيما أن بداية المرحلة الابتدائية هي مرحلة مفصلية وهامة جداً لبناء الطفل الفلسطيني في جميع جوانبه الشخصية.

كذلك يري الباحث أن وجود مثل هذه المشكلات وغيرها نتيجة حجم المعاناة والأحداث الأليمة والمزعجة والصادمة والمفاجئة التي تعرض لها سكان غزة ، وخصوصاً الأطفال ، والتي أذهلت العالم كله من حيث استخدام القوة المفرطة جدا اتجاه الإنسان الفلسطيني ، والتي شلت تفكيره وقدرته علي السيطرة في بدايتها .

كذلك يري الباحث أن حدة هذه المشكلات ظهرت جلية بعد الحرب نتيجة ضعف الخدمات النفسية المقدمة لهؤلاء الطلبة المصدومين من أثار الحرب والتي أثرت علي جميع جوانب شخصية الطفل ومنها السلوكية والمعرفية والنفسية والاجتماعية.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع معظم الدراسات التي تناولت موضوع المشكلات السلوكية مثل دراسة (أبو، مصطفي 1998) ودراسة (أبو ناهية ،1993) ومن الدراسات العربية دراسة (طنجور،1998) و من الدراسات الأجنبية دراسة (أويا Oya ، 2000) ، وجميعها أقرت بوجود مستوي عالي من المشكلات السلوكية لدي الأطفال الذين يتعرضون لصدمات نفسية.

ثالثاً: عرض نتائج الفرضية الأولي وتفسيرها ومناقشتها:

تنص الفرضية الأولي علي ما يلي: **" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05=∝) في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكاله الغوث بعد حرب غزه تعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثي) "؟**

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (**t**) لمجموعتين مستقلتين (**Independent T-test**) لحساب الفروق بين متوسطات درجات مستوي المشكلات السلوكية بمحافظات غزة تعزي لمتغير الجنس والنتائج مبينة في جدول رقم ((17)) والذي يبين أن مستوى الدلالة للسلوك العدواني تساوي (**0.000**) وهي أقل من (0.05) مما يدل علي وجود فروق ذات

دلالة إحصائية لأراء أفراد العينة في مشكلة السلوك العدواني يعزي لمتغير الجـنس والفـروق لصالح الذكور ، أما بالنسبة لباقي المشكلات السلوكية (مشكلة تشتت الانتباه والنشـاط الزائـد ، مشكلة الخوف) فكانت قيمة مستوى الدلالة لكل منها أكبر من 0.05 مما يعني عدم وجود فروق في أراء أفراد العينة يعزى للجنس.

وبصفة عامة يتبين أن قيمة مستوي الدلالة لجميع المحاور تساوي (0.018) وهي أقـل مـن (0.05) مما يعني رفض الفرضية الصفرية، وقبول الفرضية البديلة والتي تنص علي أنـه: " **توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (∝=0.05) في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكاله الغوث بعد حرب غزه تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور.**

جـدول " 17 "

اختبار t للفروق بين متوسطات المشكلات السلوكية حسب متغير الجنس

المحور	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	مستوى الدلالة
السلوك العدواني	ذكر	635	2.30	0.451	5.404	0.000 *
	أنثى	488	2.15	0.460		
تشتت الانتباه والحركة الزائدة	ذكر	635	2.32	0.436	-1.117	0.264 #
	أنثى	488	2.35	0.376		
الخوف	ذكر	635	2.14	0.499	0.574	0.566 #
	أنثى	488	2.13	0.420		
الدرجة الكلية	**ذكر**	**635**	**2.27**	**0.388**	**2.370**	**0.018 ***
	أنثى	**488**	**2.22**	**0.351**		

* دالة عند مستوي (0.05)   # غير دالة عند مستوي (0.05)

ويتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في متوسطات درجات السلوك العدواني ، حيث كانت متوسطات درجات السلوك العدواني لدي الذكور أعلي منه لـدي الإناث وبدلالة إحصائية.

ويعزو الباحث نتيجة درجات السلوك العدواني لدي الذكور أعلي منه عند الإناث، إلي طبيعـة وبنية الطالب الجسمية والنفسية والاجتماعية والتي تختلف اختلافاً كليـاً عنـه فـي الإنـاث ، فالطالب لديه القوة والخشونة والعنف وأما الطالبة لديها النعومة و الضعف بالتالي يزيـد حـدة السلوك العدواني للذكر عنه عند الأنثى.

كما أن طبيعة وثقافة المجتمع الفلسطيني والتي تحكم علي الذكر المشاركة في المشاركة الفعلية في التصدي للاحتلال ،و مشاركته جميع المناسبات الوطنية ، وبالتالي تزيد من حـدة السـلوك العدواني لديه ، وهذا يختلف اختلافاً كلياً عنه عند الإناث .

و كذلك يرجع الباحث وجود السلوك العدواني لدي الذكور عنه الإناث إلي الشـعور بعـدم الراحة حيث تواجد الطالب في سكن غير مريح أو مع جماعات غريبة تثير له الضـيق وعـدم الراحة ،و بالتالي تساهم في إثارة السلوك العدواني لديه .

كما يرجع الباحث وجود فروق في مستوي السلوك العدواني غياب الأب عن الأسرة يـؤدي إلي تمرد الأبناء علي التأثير الأنثوي فيصبح الطفل شديد العدوان ، مقتيداً بالتفكير السلبي والذي يري أن السلوك العدواني مظهر للرجولة والتفاخر.

كما يري الباحث من خلال ممارسة العملية في التعامل مع الأطفال بعض العوامل والأسـباب الخاصة بالمجتمع الفلسطيني التي يري أنها تساعد في ظهور العدوان لـدي الـذكور ، وهـي ظروف القهر و الظلم والحرمان وأسر الإباء والقمع والتدمير وتجريـف البيـوت واسـتهداف الأطفال واستغلالهم في المقاومة وخبرة الحرب علي غزه بكل ما شملت من أشكال ومناظر من صور للجرحى والشهداء وصور الأعلام و فقدان المأوي والحصار الظالم .

وعند الموازنة بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، فيما يخـص الفرضـية الأولـي، ونتائج الدراسات السابقة، نجد أنها اتفقت مع نتيجة دراسة **(العمران و عبادة ،1993)**حيث دلت النتائج علي أن الإناث يختلفن عن الذكور في وجود السلوك العدواني، وكما اتفقت مـع نتيجـة دراسة **(أبو ناهية ،1993)** التي كشفت علي أن متوسط السلوك العدواني لدي الإناث أقل منه لدي الذكور، وكما اتفقت أيضاً مع نتيجة دراسة **(خضـر ،1999)** والتـي أشـارت إلـي أن المشكلات السلوكية لدي الإناث كانت أقل منها لدي الذكور، واتفقت نتائج الدراسة الحالية كذلك مع نتيجة دراسة **(الغامدي وآخرون ،1999)** والتي أكدت علي وجـود فـروق فـي درجـة المشكلات السلوكية (السلوك العدواني) تعزي لمتغير الجنس ولصالح الذكور.

رابعاً: عرض نتائج الفرضية الثانية وتفسيرها ومناقشتها:

تنص الفرضية الثانية علي ما يلي**: " لا توجد فـروق ذات دلالـة إحصـائية عنـد مسـتوى (∝=0.05) في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكاله الغوث بعد حرب غزه تعزى لمتغير المسكن (الشمال ، غزة ، الوسطي ، الجنوب) ؟**

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التبـاين الأحـادي **(One Way ANOVA)** للفروق بين متوسطات درجات مستوي المشكلات السلوكية بمحافظات غـزة تعـزي لمتغيـر السكن والنتائج مبينة في جدول رقم ((18)) والتي تبين أن قيمة مستوى الدلالة لكل المحـاور مجتمعة وكل محور من المحاور(السلوك العدواني ، تشتت الانتباه والنشاط الزائد ، الخـوف) تساوي (0.000) وهي أقل من (0.05) مما يدل على رفض الفرضـية الصـفرية وقبـول الفرضية البديلة والتي تنص علي: " **توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (∝=0.05) في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالة الغوث بعد حرب غـزة تعـزى لمتغيـر المسكن لصالح سكان الشمال.**

جـدول "18"

نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) حسب متغير مكان السكن

المحور	المتوسط الحسابي				قيمة F	مستوى المعنوية
	الشمال	غزة	الوسطي	الجنوب		
السلوك العدواني	2.38	2.17	2.25	2.21	9.848	0.000
تشتت الانتباه والحركة الزائدة	2.47	2.18	2.40	2.37	29.086	0.000
الخوف	2.29	2.14	2.00	2.12	14.439	0.000
الدرجة الكلية لجميع الأبعاد	**2.39**	**2.17**	**2.24**	**2.25**	**16.497**	**0.000**

ويبين اختبار شفيه أن الفروق بين منطقتي " غزة" و " الشمال" ولصالح منطقة " الشمال"

جـدول "19"

نتائج تحليل اختبار شفيه للفروق المتعددة حسب متغير السكن

المحور	الفروق بين المتوسطات	الشمال	غزة	الوسطي	الجنوب
مشكلة السلوك العدواني	الشمال		0.208*	0.136	0.169
	غزه	-0.208*		-0.073	-0.040
	الوسطي	-0.136	0.073		0.033
	الجنوب	-0.169	0.040	-0.033	
مشكلة تشتت الانتباه والنشاط الزائد	الشمال		0.288*	0.065	0.102
	غزه	-0.288*		-0.223	-0.186
	الوسطي	-0.065	0.223		0.037
	الجنوب	-0.102	0.186	-0.037	
مشكلة الخوف	الشمال		0.145	0.293*	0.174
	غزه	-0.145		0.148	0.029
	الوسطي	-0.293*	-0.148		-0.119
	الجنوب	-0.174	-0.029	0.119	
جميع المحاور جميع المحاور	الشمال		0.222*	0.148	0.146
	غزه	-0.222*		-0.074	-0.076
	الوسطي	-0.148	0.074		-0.002
	الجنوب	-0.146	0.076	0.002	

ويتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مستوي المشـكلات السلوكية لدي الطلاب في أماكن سكناهم كما يتبين من خلال الجدول السابق أن قيمة مسـتوى الدلالة لكل المحاور مجتمعة تساوي (0.000) وهي أقل من (0.05) مما يدل علـى رفـض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة والتي تنص علي: " **توجد فروق ذات دلالة إحصـائية عند مستوى (∝=0.05) في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالة الغـوث بعـد حرب غزة تعزى لمتغير المسكن لصالح سكان الشمال.**

ويعزو الباحث النتيجة التي تحققت إلي أن منطقة الشمال تعد أكثر المناطق الفلسـطينية التـي تعرضت إلي جميع ألوان الحرب بمحافظات غزة ، حيث الاجتياح ، والقصف العشوائي الهمجي من جميع أنواع الطائرات الإسرائيلية وبمختلف القنابل والقذائف ، كما أنها هي المنطقـة التـي تعرضت لحصار شديد ، ومعارك برية في مناطق مأهولة بالسكان ، هذا الأمر أدي إلي تعرض الطفل الفلسطيني إلي أن يكون في مسرح العمليات الحربية ، وانه عايش جميع أنواع الصدمات الأمر الذي أدي إلي زيادة حدة المشكلات السلوكية لدي أطفال هذه المناطق الحدودية أكثر مـن أقرنائهم في مناطق أخري متعددة.

ويعزو الباحث النتيجة التي تحققت من خلال دراسته إلي أن مناطق الشمال هي أكثر المنـاطق سخونة ، حيث أنها مسرح عمليات حربية بين الطرفين ، مما ميز هذه المنطقة دون غيرها بأنها منطقة حربية ، تم فيها استخدام جميع أنواع الأسلحة ، الأمر الـذي زاد مـن معانـاة هـؤلاء الأطفال ، وزاد من حدة هذه المشكلات لديهم.

كما يري الباحث أن الحرب الأخيرة علي غزة ، وخصوصاً منطقة الشمال ، أثرت علي جميع السكان ، وقد أرعبت هذه الحرب الهمجية الكبار قبل الصغار ، وإذا كان الكبير خـائف وقلـق

ومتوتر ، فما بالك بالصغير وهو يري والديه يهرولان خائفين ، فهذا الأمر زاد من حـدة هـذه المشكلات لديهم.

بالإضافة إلي ذلك يعتقد الباحث ، أن منطقة الشمال هي منطقة حدودية ، وكانت الحرب علـي المناطق الحدودية أشد عنفاً وعدوناً من المناطق الأخرى ، كما إنها كانت هذه الحرب مسـتمرة في هذه المناطق علي مدار العام كله ، الأمر الذي أدي إلي توفر العوامل التي تزيد مـن حـدة انتشار المشكلات السلوكية لدي الأطفال.

وعند الموازنة بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، فيما يخـص الفرضـية الثانيـة، ونتائج الدراسات السابقة، نجد أنها اتفقت مع نتيجة دراسة **(جتمـان Guttmann، 1983) و (سعادة وآخرون ،2002)** و دراسة **(السهل ، 2001)** والتي أكدت علي وجود فـروق بـين الطلاب في درجة المشكلات السلوكية لصالح مكان السكن .

خامساً: عرض نتائج الفرضية الثالثة وتفسيرها ومناقشتها:

تنص الفرضية الثالثة علي ما يلي: **" لا توجـد فـروق ذات دلالـة إحصـائية عنـد مسـتوى ($\propto$=0.05) في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكاله الغوث بعد حرب غزه تعزى لمتغير المستوي التعليمي للوالدين (أمي ، ابتدائي ، إعدادي ، ثانوي ، جامعي).**

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التبـاين الأحـادي **(One Way ANOVA)** للفروق بين متوسطات درجات مستوي المشكلات السلوكية بمحافظات غـزة تعـزي لمتغيـر المستوي التعليمي والنتائج مبينة في جدول رقم ((20)) والذي يبين أن قيمة مستوى الدلالـة لكل من محور السلوك العدواني وتشتت الانتباه والحركة الزائدة وجميع المحاور مجتمعة تساوي (0.000) أقل من (0.05) مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مشـكلة السـلوك

العدواني ، وتشتت الانتباه والحركة الزائدة ، يعزي للمستوي التعليمـي للوالـدين ، والفـروق لصالح الأميين .

أما بالنسبة لمشكلة الخوف فكانت قيمة مستوي الدلالة لها (0.084) وهي أكبر مـن مسـتوي (0.05) ، مما يعني عدم وجود فروق بين أفراد العينة في مشكلة الخوف يعـزي للمسـتوي التعليمي للوالدين.

وبصفة عامة يتبين أن قيمة مستوى الدلالة لجميع المحاور مجتمعة تساوي (0.000) وهي أقل من (0.05) مما يعني رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة والتي تنص علي:"

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (∝=0.05) في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكاله الغوث بعد حرب غزه تعزى لمتغير المستوي التعليمي لصالح الأميين .

جـدول "20 "

نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) حسب متغير المستوي التعليمي للوالدين

المحور	المتوسط الحسابي					قيمة F	مستوى المعنوية
	أمي	ابتدائي	إعدادي	ثانوي	جامعي		
السلوك العدواني	2.32	2.31	2.21	2.24	2.10	5.801	0.000 *
تشتت الانتباه والحركة الزائدة	2.41	2.40	2.30	2.34	2.19	7.753	0.000 *
الخوف	2.22	2.15	2.10	2.14	2.08	2.063	0.084 #
الدرجة الكلية لجميع الأبعاد	**2.33**	**2.30**	**2.22**	**2.25**	**2.13**	**7.102**	**0.000**

* دالة عند مستوي (0.05)   # غير دالة عند مستوي (0.05)

جـدول "21"

نتائج تحليل شفيه للفروق المتعدد حسب متغير المستوي التعليمي للوالدين

المحور	الفروق بين المتوسطات	أمي	ابتدائي	أعدادي	ثانوي	جامعي
مشكلة السلوك العدواني	أمي		0.009	0.101	0.074	0.219*
	ابتدائي	-0.009		0.092	0.065	0.209*
	أعدادي	-0.101	-0.092		-0.027	0.117
	ثانوي	-0.074	-0.065	0.027		0.144
	جامعي	-0.219*	-0.209*	-0.117	-0.144	
مشكلة تشتت الانتباه والنشاط الزائد	أمي		0.013	0.115	0.077	0.223*
	ابتدائي	-0.013		0.103	0.064	0.211*
	أعدادي	-0.115	-0.103		-0.039	0.108
	ثانوي	-0.077	-0.064	0.039		0.146
	جامعي	-0.223*	-0.211*	-0.108	-0.146	
جميع المحاور جميع المحاور	أمي		0.027	0.111	0.077	0.202*
	ابتدائي	-0.027		0.084	0.050	0.175*
	أعدادي	-0.111	-0.084		-0.034	0.091
	ثانوي	-0.077	-0.050	0.034		0.125
	جامعي	-0.202*	-0.175*	-0.091	-0.125	

ويتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مستوي المشـكلات السلوكية لصالح الأميين .

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلي أن الآباء الأميين ، والذين يجهلون كيفية التعامل مع أبنائهم في هذه الفترة، الصعبة كما أنهم يجهلون الكثير من الأساليب التي يمكن أن يخففون بها عن أطفالهم ، كل هذه الأمور وغيرها تزيد من حد ة المشكلات السلوكية لدي الطفل .

كما يعزو الباحث هذه النتيجة إلي أن الأب الأمي لا يستطيع أن يقدم المساعدة لابنه فـي محنتـه ، حيث يفتقد إلي الكثير من المقومات التي تساعد الطفل علي الأمان والاطمئنان وخصوصاً في فترة الحرب ، أو ما يليها ، بالإضافة إلي جهل الأب للمشكلة التي يعـاني منهـا ابنـه ، وبالتـالي لا يستطيع أن يقدم له شيئاً .

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلي أن الآباء من ذوي المستوي التعليمي المرتفع يعمدون إلي التخفيـف عن أبنائهم من حدة المشكلات السلوكية بسبب تحصيلهم العلمي وثقافتهم العاليـة، كـذلك معرفـة هؤلاء الآباء بأساليب التفريغ الانفعالي وذلك عن طريق قراءة الكتـب والمقـالات ذات العلاقـة وحرصهم الشديد في التعامل الصحيح مع أبنائهم.

كذلك يري الباحث أن الآباء ذوي المستوي التعليمي المرتفع لديهم المقدرة علي بث روح الطمأنينة في نفوس أبنائهم، وإعادة الثقة بالنفس لديهم، كذلك ينقلون تجاربهم وخبراتهم السابقة لأبنائهم، أمـا علي الصعيد الاجتماعي فهم دائماً أقرباء من أبنائهم، حيث يوفرون لهم جميع المسـتلزمات التـي يحتاجها الطفل في هذه الفترة، كما أنهم علي إطلاع واسع علي تجارب الآخرين في هذا المجـال، وينقلون كل ما هو مفيد في هذا المجال إلي أبنائهم، كذلك لديهم إطلاع واسع علي أساليب الارشـاد في فترة الحروب، والتي من شانها أن تأتي بثمارها علي الطفل عندما يعتمد عليها، وبالتالي لا يجد الطفل صعوبة في التعامل مع فترة الحروب.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلي أن الأب الأمي غير مهتم وغير مبالي بأطفاله والمشكلات التي تطرأ عليهم ، وبالتالي لا يعنيه أي شي ، كما أن الأب الأمي لا يهتم بالجانب النفسي لدي طفله وهذا يعتبر نقص ، حيث يعد الجانب النفسي أهم جانب في هذه الفترات الحرجة، بعكس الأب المتعلم والذي يهتم بأبنائه ويستطيع أن يوفر لهم كل ما يحتاجونه ، خصوصاً في فترة الحروب ووقت الأزمات .

وعند الموازنة بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، فيما يخص الفرضية الرابعة، ونتائج الدراسات السابقة، نجد أنها اتفقت مع نتيجة دراسة (سعادة، 2002)، ودراسة (توفيق ، 2001)والتي أكدت علي وجود فروق في مستوي درجات المشكلات السلوكية تعزي للمستوي التعليمي للوالدين .

سادساً: عرض نتائج الفرضية الرابعة وتفسيرها ومناقشتها:

تنص الفرضية الرابعة علي ما يلي: **" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\propto$=0.05) في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكاله الغوث بعد حرب غزه تعزى لمتغير استشهاد أحد الوالدين (الأب ، الأم).**

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (**t**) لمجموعتين مستقلتين (**Independent T-test**) لحساب الفروق بين متوسطات درجات مستوي المشكلات السلوكية والنتائج مبينة في جدول رقم ((22)) والذي يبين أن قيمة مستوى الدلالة لكل مشكلة من المشكلات السلوكية لدي الأطفال بقطاع غزة أكبر من (0.05) مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية **عند مستوى ($\propto$=0.05)** في المشكلات السلوكية تعزي إلي استشهاد أحد الوالدين.

و بصفة عامة يتبين أن مستوي الدلالة لجميع المحاور مجتمعة تساوي (0.231) وهي أكبر من (0.05) مما يعني قبول الفرضية الصفرية والتي تنص علي:" **لا توجد فروق ذات دلالة**

إحصائية عند مستوى (∝=0.05) في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكالة الغوث بعد حرب غزه تعزى لمتغير استشهاد أحد الوالدين (الأب ، الأم).

ويتضح من الجدول التالي ((22)) عدم وجود فروق دالة إحصائياً في درجات مستوي المشكلات السلوكية يعزي لمتغير استشهاد أحد الوالدين.

جدول " 22"

اختبار t للفروق بين متوسطات المشكلات السلوكية حسب متغير استشهاد أحد الوالدين

المحور	المستشهد	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	مستوى الدلالة
السلوك العدواني	الأب	665	2.24	0.464	0.941	0.347
	الأم	439	2.22	0.456		
تشتت الانتباه والحركة الزائدة	الأب	665	2.33	0.420	0.393	0.694
	الأم	439	2.32	0.402		
الخوف	الأب	665	2.15	0.477	1.927	0.054
	الأم	439	2.10	0.447		
الدرجة الكلية لجميع الأبعاد	الأب	**665**	**2.25**	**0.382**	**1.199**	**0.231**
	الأم	**439**	**2.22**	**0.456**		

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلي أن الأب والأم لهم نفس المكانة الرفيعة لدي أبنائهم علي حد سواء ، وأن فقدان أي منهما لا يعوض ، وبالتالي إذا فقط الأب أم الأم ، فان الآمر لن يتغير لأن المفقود عزيز علي أبنائه سواء أكان الأب أم كانت الأم.

ويرجع الباحث هذه النتيجة إلي أن الاستشهاد بحد ذاته مطلب ومفخرة للجميع ، فالطفل عندما يستشهد أحد أبويه يفرح لاستشهاده لكون أنه مصدر عزة وفخر لهذا الطفل ، كما أن مشاركة الأطفال في تشييع الجنازات ، رسخت عند الطفل مفهوم كل من يستشهد فهو غالي ولن ينسى.

كما يري الباحث أن دور الأب ودور الأم مكملان لبعضهما البعض ، وبالتالي فلا يوجد فرق بين الأب والأم ، حيث أنهما يعملان بشكل متكامل مع أبنائهم في فترات الحروب والأزمات.

كما يري الباحث أن الحرب الأخيرة لم ترحم أي شخص ، بكل كان الأمر مفتوح علي مصراعيه ، وكان الاعتقاد السائد أن أي شخص ممكن أن يستشهد ، وأن جميع الشعب الفلسطيني مستهدف ، وبالتالي فلا فرق في استشهاد الأم أو استشهاد الأب ، ومما يدلل علي ذلك كثرة الشهداء من الجنسين في ذلك الفترة العصيبة.

و عند الموازنة بين نتائج الدراسة الحالية، والدراسات السابقة، فقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (سعادة، 2002) و التي أكدت علي عدم وجود فروق جوهرية في مستوي المشكلات السلوكية تعود إلي استشهاد أحد الوالدين .

سابعاً: عرض نتائج الفرضية الخامسة وتفسيرها ومناقشتها:

تنص الفرضية الخامسة علي ما يلي: **" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\propto$=0.05) في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكاله الغوث بعد حرب غزه تعزى لمتغير هدم المنزل (كلي ، جزئي) ".**

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (t) لمجموعتين مستقلتين (**Independent T-test**) لحساب الفروق بين متوسطات درجات مستوي المشكلات السلوكية والنتائج مبينة في جدول رقم ((23)) والذي يبين أن قيمة مستوى الدلالة لمشكلة الخوف تساوي (0.000) وهي أقل من (0.05) مما يدل علي وجود فروق ذات دلالة إحصائية يعزي لمتغير هدم المنزل والفروق لصالح الهدم الجزئي .

أما بالنسبة لباقي المشكلات (السلوك العدواني ، تشتت الانتباه والحركة الزائدة) فكانت قيمة مستوي الدلالة أكبر من (0.05) مما يعني عدم وجود فروق يعزي لهدم المنزل.

وبصفة عامة يتبين أن قيمة مستوي الدلالة لجميع المحاور مجتمعة تساوي (0.030) وهي أقل من (0.05) مما يعني رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة والتي تنص علـي:" **توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (∝=0.05) في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكاله الغوث بعد حرب غزه تعزى لمتغير هدم المنزل (كلي ، جزئي) ".**

جـدول " 23"

اختبار t للفروق بين متوسطات المشكلات السلوكية حسب متغير هدم المنزل

المحور	نوع الهدم	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	مستوى الدلالة
السلوك العدواني	كلي	272	2.27	0.464	1.293	# 0.196
	جزئي	851	2.23	0.459		
تشتت الانتباه والحركة الزائدة	كلي	272	2.36	0.408	1.074	# 0.283
	جزئي	851	2.33	0.412		
الخوف	كلي	272	2.23	0.447	3.726	* 0.000
	جزئي	851	2.11	0.469		
الدرجة الكلية لجميع الأبعاد	**كلي**	**272**	**2.29**	**0.383**	**2.178**	*** 0.030**
	جزئي	**851**	**2.23**	**0.369**		

* دالة عند مستوي (0.05)   # غير دالة عند مستوي (0.05)

ويتضح من الجدول التالي ((23)) وجود فروق دالة في متوسطات درجات المشكلات السـلوكية لدي الأطفال تعزي لمتغير هدم المنزل لصالح الهدم الجزئي .

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلي أن جميع المؤسسات الدولية والأهلية والحكومية تولي اهتمامـاً كبيراً بأصحاب البيوت المدمرة تدميراً كلياً ، وعلي العكس فكان اهتمامه بسيط جداً بأصـحاب البيوت المهدمة بشكل جزئي.

كما يري الباحث أن جميع المعونات والخدمات المقدمة من هذه المؤسسات تـذهب لأصـحاب البيوت المدمرة تدميراً كلياً في المقام الأول ، وتستثني البيوت المهدمة جزئياً .

كذلك يري الباحث تواجد أصحاب البيوت المدمرة جزئياً ، أدي بهم الحال إلي الانتقال إلي مساكن أقربائهم ، ساعد علي تولد الشعور بالضيق والخوف وعدم الراحة والإحباط مما زاد مـن حـدة المشكلات السلوكية لدي الطفل، علي عكس أصحاب البيوت المهدمة كلياً حيث تم نقلهم إلي أمـاكن خاصة بهم أكثر أمناً .

كما يعتقد الباحث عملية إبلاغ ذوي أصحاب البيوت المدمرة كلياً من الجانـب الإسـرائيلي قبـل التدمير ، أعطاهم الفرصة للإخلاء السريع ، وهذا الأمر لم يتوفر لدي أصحاب البيـوت المهدمـة جزئياً ، الذين لم يبلغوا بشكل رسمي، فكان الأمر مفاجئ لهم ولذويهم ممـا سـاعد علـي ظهـور المشكلات السلوكية عند أطفالهم وخصوصاً الخوف .

ويري الباحث أن مجموعة من أصحاب البيوت المهدمة كلياً ، الذين ينتمون إلي العمل الجهادي ، كانوا يعتقدون جازماً بهدم المنزل ، الأمر الذي أعطاهم الفرصة لإخلاء المنزل والابتعاد عنـه ، وهذا لم يتوفر للطفل ذوي أصحاب البيوت المهدمة جزئياً، والذي شاهد منزله وهو يقصف ويـدمر أمام عينه ، مما زاد من ظهور المشاكل السلوكية.

ثامناً: عرض نتائج الفرضية السادسة وتفسيرها ومناقشتها:

تنص الفرضية السادسة علي ما يلي: **" لا توجد فروق ذات دلالـة إحصـائية عنـد مسـتوى ($\propto$=0.05) في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكاله الغوث بعد حرب غزه تعزى لمتغير نوع الإصابة الجسدية (بسيطة ، متوسطة ، خطيرة)."**

لاختبار صحة هذه الفرضية تـم اسـتخدام اختبـار تحليـل التبـاين الأحـادي **One Way ANOVA)**) للفروق بين متوسطات درجات مستوي المشكلات السلوكية والنتائج مبينة فـي جدول رقم ((24)) والذي يبين أن قيمة مستوى مشكلة السلوك العدواني ، مشكلة تشتت الانتباه والحركة الزائدة تساوي (0.001 ، 0000) علي الترتيب وهي أقل من (0.05) ممـا يـدل علي وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة السلوك العـدواني ، مشـكلة تشـتت الانتبـاه والحركة الزائدة يعزي لنوع الإصابة الجسدية والفروق لصالح الإصابات الجسدية المتوسطة .

أما بالنسبة لمشكلة الخوف فكانت قيمة مستوي الدلالة لها (0.499) وهي أكبر من (0.05) وهذا يدل علي عدم وجود فروق في مشكلة الخوف يعزي لنوع الإصابة الجسدية .

وبصفة عامة يتبين أن قيمة مستوي الدلالة لجميع المحاور مجتمعة تساوي (0.002) وهي أقل من (0.05) مما يعني رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة والتي تنص علي: " **توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (∝=0.05) في المشكلات السلوكية لدي الأطفال بمدارس وكاله الغوث بعد حرب غزه تعزى لمتغير نوع الإصابة الجسدية."**

جـدول "24"

نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) حسب متغير نوع الإصابة الجسدية

المحور	متوسط الرتب			قيمة F	مستوى المعنوية
	بسيطة	متوسطة	خطيرة		
السلوك العدواني	2.19	2.27	2.09	6.744	0.001 *
تشتت الانتباه والحركة الزائدة	2.28	2.37	2.20	8.453	0.000 *
الخوف	2.12	2.14	2.21	0.695	0.499 #
الدرجة الكلية لجميع الأبعاد	**2.20**	**2.28**	**2.16**	**6.094**	**0.002 ***

* دالة عند مستوي (0.05)　　　　# غير دالة عند مستوي (0.05)

جـدول " 25 "

نتائج تحليل شفيه للفروق المتعددة حسب متغير نوع الإصابة الجسدية

المحور	الفروق بين المتوسطات	بسيطة	متوسطة	خطيرة
مشكلة السلوك العدواني	بسيطة		-0.089	0.098
	متوسطة	0.089		0.188*
	خطيرة	-0.098	-0.188*	
مشكلة تشتت الانتباه والنشاط الزائد	بسيطة		-0.093	0.081
	متوسطة	0.093		0.173*
	خطيرة	-0.081	-0.173*	
جميع المحاور جميع المحاور	بسيطة		-0.074	0.047
	متوسطة	0.074		0.121*
	خطيرة	-0.047	-0.121*	

ويتضح من الجدول التالي ((25) وجود فروق دالة في متوسطات درجات المشكلات السـلوكية لدي الأطفال تعزي لمتغير نوع الإصابة الجسدية .

ويعزو الباحث أن صاحب الإصابة المتوسطة ، دائما باله مشغول بإصابته سواء كانت كسور أو حروق ، وما سوف ينجم عن هذه الإصابة سواء كانت تشوهات جسـمية أو إعاقـة حركيـة ، والتفكير في مستقبله بهذا الأمر يساعد علي خلق جو من التوتر والقلق والعصبية الزائدة لديه.

ويري الباحث أيضاً أن أصحاب الإصابات الخطيرة لا يكونون بوعيهم ، وبالتالي لا يستطيع أن يفكر بمآل الإصابة وبالتالي تقل عنه حدة المشكلات السلوكية ، وهذا ما ينطبق علـي صـاحب الإصابة البسيطة والتي سرعان ما يشفي منها .

أما صاحب الإصابة المتوسطة يكون غالباً فاقد للثقة بالجسد علي التغلب علي الإصابة وبالتالي يشوه التفكير لديه مما يجعله فريسة للمشكلات السلوكية .

ويعزو الباحث النتيجة التي تحققت إلي أن بعد الإصابة تتغير الحياة عند المصاب بالكامل حيث لا يستطيع أن يعود إلي سابق حياته نتيجة الإصابة التي ألمت به وخصوصاً إذا كانت الإصابة من النوع المتوسط ، الذي يحتاج إلي الوقت الطويل والجهد المبذول في العلاج ، علي عكس أصحاب الإصابات البسيطة والخطيرة.

وكما يري الباحث أن المبالغة الشديدة في الاهتمام بالمصاب من قبل الأهل ، والذي يؤدي به إلي الاعتقاد بأن هذا الاهتمام لأن حالته خطيرة ، وبالتالي يتسلل لديه الشعور بالخوف والتوتر والقلق والعصبية ، كما أن اعتقاد أهل المصاب أن الكوادر الطبية الموجودة لا تستطيع أن تقدم أفضل الخدمات ، بالإضافة إلي صعوبة الخروج للعلاج بالخارج نتيجة الحصار المفروض علي قطاع غزة وبالتالي يخاف المصاب علي حياته ومستقبله مما يؤدي إلي ظهور المشكلات السلوكية .

ويري الباحث أيضاً أن عجز بعض المصابين بالإصابات المتوسطة عن أداء وظائفهم اليومية ، يودي بهم إلي نوع من التمرد والخوف والعصبية الزائدة ، وخصوصاً فئة الأطفال عندما يشاهد الطفل المصاب زميله يركل الكرة أو يلعب في فناء المدرسة ، وهو لا يستطيع أن يلعب وبالتالي تزيد حدة السلوك العدواني عنده .

توصيات الدراسة

من خلال العرض السابق لنتائج الدراسة ، فقد توصل الباحث إلي عدة توصيات أهمها:

1. تفعيل دور المرشد النفسي في مجال العمل علي إرشاد الطلبة الذين يعانون مـن المشـكلات السلوكية من طلبة المرحلة الابتدائية ، أو غيرهم من طلبة المدارس في الصـفوف المختلفـة، ولاسيما في الظروف الصعبة التي يمر بها الشعب الفلسطيني.

2. ضرورة عمل برامج توجيهية وإرشادية في جميع المدارس للتخفيف مـن حـدة المشـاكل السلوكية بجميع أنواعها .

3. ضرورة توعية أولياء الأمور بمستوي المشكلات السلوكية عند الأطفال ، وما يترتب عليها من مشاكل مستقبلية.

4. قيام وزارة التربية والتعليم بإعطاء دورات للمعلمين والمرشدين النفسيين، ومديري المدارس، تؤهلهم للتعامل مع الطلبة خلال الأزمات والحروب والصدمات .

5. قيام المعلمين بتوعية الطلبة نحو كيفية التعامل وقت الأزمات والتي من شأنها أن تخفف من مستوي المشكلات السلوكية لديهم، ولاسيما في الظروف الصعبة.

6. توعية الأهالي إلي كيفية التعامل مع أبنائهم وقت الأزمات والحروب.

7. مطالبة وزارة التربية والتعليم و والأسرة بضرورة تهيئة الجو المناسب والظروف المريحـة للطلاب وقت الحروب والكوارث، والتي من شأنها أن تخفف من درجة المشكلات السلوكية.

8. ضرورة عمل برامج توجيهية إرشادية لتوعية أولياء أمور الطلاب في كيفية توفير الجو النفسي المناسب والهدوء وتشجيع أبنائهم، وذلك بفهم شخصياتهم وطموحاتهم، وإتاحة الفرصة أمامهم لاتخاذ القرارات السليمة المتعلقة بمستقبلهم.

9. ضرورة قيام المدرسة باستغلال كافة إمكانياتها لتوفير مناخ نفسي لطلابها من حيث تنظيم علاقات تتسم بالألفة بين إدارة المدرسة والطلاب في محاولة لتشجيعهم وإعادة تكيفهم.

10. عقد الندوات والمحاضرات للمعلمين والآباء حول المشكلات السلوكية في المراحل العمرية المختلفة.

11. الاستفادة من وسائل الإعلام في زيادة وعي المجتمع بالمشكلات السلوكية التي يعاني منها الطلبة في كافة المراحل، وكذلك بالأساليب الوقائية والإرشادية المناسبة لمواجهتها.

12. تفعيل دور الإرشاد النفسي الاجتماعي في المدارس الفلسطينية بحيث يكون مرشد نفسي اجتماعي واحد على الأقل لكل مدرسة ليساهم في مساعدة الطلاب في التخلص من المشكلات السلوكية وخاصة في ظل الظروف الصعبة التي يحياها الطلاب.

13. إشراك الطلبة المشكلين في الأنشطة الاجتماعية والرياضية والفنية والثقافية بالمدرسة، حيث أنها تعمل على توظيف طاقاتهم وقدراتهم واستثمارها فيما يعود عليهم بالنفع والفائدة.

مقترحات الدراسة

يري الباحث أن موضوع الدراسة ما زال في حاجة إلي دراسات نفسية في المجتمع الفلسطيني، حيث أن الموضوع يعد من الدراسات المهمة في مجتمعنا الفلسطيني، وعليه يقترح الباحث إجراء المزيد من الدراسات النفسية في هذا المجال، ويقترح ما يلي:

1. القيام بإعادة إجراء الدراسة علي طلبة المرحلة الإعدادية في مدارس وكالة الغوث الدولية.
2. القيام بدراسات مقارنة بين المشكلات السلوكية والتحصيل الدراسي لدي طلاب وطالبات المرحلة الإعدادية.
3. القيام بأبحاث ودراسات عن المشكلات السلوكية وعلاقته بالدافعية نحو الإنجاز لدي طلبة المرحلة الإعدادية.
4. القيام بإعداد دراسات برامج إرشادية تتضمن الأساليب الإرشادية المتبعة للتخفيف من حدة المشكلات السلوكية الشائعة عند الطفل الفلسطيني في ضوء ما توصلت إليه دراسة الباحث الحالية.

☒ القرآن الكريم.

☒ الحديث الشريف.

المصادر والمراجع

1. إبراهيم أنيس ، وآخرون(1973): **المعجم الوسيط** ، ، الطبعة الثانية،دار المعارف، القاهرة.
2. ابن منظور(1981): **لسان العرب** ، المجلد الأول، دار المعارف ، القاهرة.
3. أبو حطب،ياسين مسلم(2002): فعالية برنامج مقترح السلوك العدواني لدى طـلاب الصـف التاسع الأساسي بمحافظات غزة،**رسالة ماجسـتير غيـر منشـورة**،كليـة التربيـة، الجامعـة الإسلامية،غزة،فلسطين.
4. أبو مصطفى،نظمى والنجار،محمد.(2002)، "مدى فاعلية برنامج باسـتخدام فنيتـي التعزيـز والتعلم بالنموذج في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المعوقين عقلياً القـابلين للـتعلم "،**مجلة الجامعة الإسلامية** – غزة - المجلد العاشر- العدد الأول، ص ص1-191.
5. أبو نجيلة، سفيان وأبو إسحاق، سامي (1997): **الصحة النفسية،** الطبعة الأولي ، دار الأرقـم ،غزة.
6. أبو عليا، محمد وملحم، عبد القادر (1998) : فاعلية برنامج غرفة المصادر في تقليـل مـن المشكلات السلوكية لدى عينة من ذوات الصعوبات التعليمية الأكاديمية من طالبات الصفين الثالث والرابع في إحدى مدارس عمان، **مؤتة للبحوث والدراسات**- المجلد الثالث عشر- العدد السادس ص 11- 39 .
7. أبوهين، فضل(1995): **الأطفال تحت الظروف الصـعبة،** وزارة التربيـة والتعلـيم العـالي، مفوضية التوجيه الداخلي.

8. إجلال سري (2003): **الأمراض النفسية الاجتماعية** ،الطبعة الأولي ، عالم الكتب، القـاهرة، مصر.

9. أحمد، السيد على السيد وبدر،فائقة(1999): **اضطراب الانتباه لدى الأطفال أسبابه وتشخيصـه وعلاجه**، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .

10. إسماعيل،محمد عماد(1989): **الطفل من الحمل إلي الرشد** ،الطبعة الأولي،دار القلم،الكويت.

11. الأشول، عادل عز الدين(1982): علم النفس النمو، الطبعة الأولي، مكتبة الأنجلو المصـرية ، القاهرة، مصر.

12. بشناق ، رأفت محمد(2001): **دراسة في سلوك الأطفال واضـطراباتهم النفسـية**، الطبعـة الأولي ، دار النفاس للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان.

13. جابر، عبد الحميد(1976): **مدخل لدراسة السلوك الإنساني** ، دار النهضة، الطبعـة الثانيـة، مصر.

14. جبل، فوزي محمد (2000) :**الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية** ، المكتبة الجامعيـة، الإسكندرية.

15. جرجس، ملاك (1993):**مخاوف الطفل وعدم ثقته بنفسه**، مكتبة المحبة، مصر.

16. جمعة، أمجد عزات (2005): مدي فعالية برنامج إرشادي مقترح في السيكودراما للتخفيف من حدة بعض المشكلات السلوكية لطلاب المرحلة الإعدادية ، **رسالة ماجستير غير منشورة** ، كلية التربية، الجامعة الإسلامية ، غزة، فلسطين.

17. حاج يحيى،جهاد (1999): "اضطرابات التركيز و الإصغاء و كثرة الحركة لدى التلاميذ"،**مجلة الرسالة**، العدد الثامن ،ص ص25- 41.

18.الحامد، جمال (2000): **اضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة لدى الأطفال أسبابه و علاجه،** أكاديمية التربية الخاصة، السعودية.

19.حسن، عبد المعطي (2002) : **الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة** ، مكتبة القـاهرة للكتاب، القاهرة.

20.حسين، محمد عبد المؤمن (1986) :**مشكلات الطفل النفسية** ، دار الفكر الجامعي، الازاريطة، الإسكندرية.

21.حمدي، نزيه عبد القادر (1998): **منشورات جامعة القدس المفتوحة،** الطبعة الأولي، المكتبة الوطنية، عمان، الأردن.

22.حمودة ، محمد(1991): **الطفولة والمرهقة المشكلات النفسية والعلاج،** دار النشـر المطبعـة الفنية.

23.حمودة، محمود عبد الرحيم (1991) :**الطفولة والمراهقة - المشكلات النفسية والعلاج** ، دار غريب للنشر والطباعة ، القاهرة .

24.حنا،عزيز وآخـرون(1991): **منـاهج البحـث فـي العلـوم السـلوكية،** القـاهرة، مكتبـة الأنجلو المصرية

25.حواشين ، مفيد نجيب (1997):**الاتجاهات الحديثة في تربية الطفـل** ،الطبعـة الثالثـة ، دار الفكر،عمان،الأردن.

26.الخطيب، محمد جواد (1998): **التوجيـه والإرشـاد بـين النظريـة والتطبيـق** ،الطبعـة الأولي ،مطابع المنصورة، غزة.

27.الخطيب، والطراونة(2003): **التبول اللاإرادي أسبابه وعلاجه،** الطبعة الأولـي، دار وائـل للنشر والتوزيع.

28. الخليدي، عبد المجيد(1997): **الأمراض النفسـية والعقليـة والاضـطرابات السـلوكية عنـد الأطفال** ،الطبعة الأولي ،دار الفكر العربي،بيروت.

29. الخولي،ولـيم(1971): **الموسـوعة المختصـرة فـي علـم الـنفس والطـب العقلـي**، دار المعارف،مصر.

30. دبابنة، محفوظ (1984): **سيكولوجية الطفولة**، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان.

31. دحلان،أحمد محمد(2003): العلاقة بين مشاهدة بعض برامج التلفاز والسلوك العـدواني لـدى الأطفال بمحافظات غزة، **رسالة ماجستير غير منشورة** ،كلية التربية، الجامعة الإسلامية ،غزة، فلسطين.

32. الديواني، مصطفي(1979): **حياة الطفل في الصحة والمرض في المنزل والمدرسة** ،الطبعـة العاشرة ، مكتبة النهضة المصرية.

33. راجح، أحمد عزات(1979): **أصول علم النفس**، الطبعـة الثانيـة عشـر، دار المعـارف ، الإسكندرية.

34. رزق ،أسعد (1977): **موسوعة علم النفس**، دار مطابع الشرق ، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت.

35. الرفاعي،عالية ونايفـة، قطـامي (1989): **نمـو الطفـل ورعايتـه** ،الطبعـة الأولـي،دار الشروق،عمان،الأردن.

36. رمزي، إسحاق (1953): **مشكلات الطفولـة اليوميـة**، الطبعـة الخامسـة، دار المعـارف المصرية، مصر.

37.رواقه، غازي (1998): أنشطة التربية المهنية ودورها في الحد من ظهور المشكلات السلوكية لدي طلبة المرحلة الأساسية ، **مجلة أبحاث اليرموك**- المجلد الرابع عشر - العـدد الأول ص 63-78.

38. الزراد، فيصل(1988): **التبول لدي الأطفال،** الطبعة الثانية بيروت.

39.الزعبي ، أحمد محمد(1994): **الأمراض النفسية والمشـكلات السـلوكية والدراسـية عنـد الأطفال** ، الطبعة الأولي، دار الحكمة اليمانية، صنعاء، اليمن.

40. الزعبي ، أحمد(2000): **الأمراض النفسية و المشكلات السلوكية و المدرسية عند الأطفـال،** دار زهران، عمان، الأردن.

41.الزعبي، أحمد محمد(2001): **الأمراض النفسية و المشكلات السـلوكية و المدرسـية عنـد الأطفال،** دار زهران، عمان، الأردن.

42.زقوت ، آمنة عبد الحميد(2000): مدي تأثير القصص المحكية علي تعديل سـلوك الأطفـال العدواني بمرحلة الرياض بمحافظة خان يونس ، **رسالة دكتوراه غير منشورة**، كليـة التربيـة، جامعة عين شمس،برنامج الدراسات العليا المشترك مع جامعة الأقصى بغزة ، فلسطين.

43.زكى ، عزه حسين(1985): المشكلات السلوكية التي يعاني منها أطفـال المرحلـة الابتدائيـة المحرومين من الرعاية الوالدية ، **رسالة ماجستير غير منشورة**، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

44.زهران ، حامد (1982): **التوجيه والإرشاد النفسي،** عالم الكتب، القاهرة .

45.زهران ،حامد (1998): **التوجيه والإرشاد النفسي** ، الطبعة الثالثة ،عالم الكتب ، القاهرة.

46. زهران ،حامد عبد السلام(1987): **الصحة النفسية والعلاج النفسي** ،الطبعـة الثانيـة ،عـالم الكتب.

47. زهران، حامد عبد السلام(1999): **علم نفس الطفولة والمراهقـة**،الطبعـة الخامسـة،عـالم الكتب،القاهرة.

48.زهران، حامد(1984):**علم النفس الاجتماعي**، الطبعة الثانية، القاهرة،عالم الكتب.

49.سليمان، سناء محمد (2005): **مشكلة الخوف عند الأطفال**، الطبعة الأولى،عالم الكتب للنشـر والتوزيع. القاهرة.

50.السمادوني ،السيد إبراهيم (1990): "الانتباه السمعي و البصري لـدى الأطفـال ذوي فـرط النشاط/ دراسة ميدانية"**، المؤتمر السنوي الثالث للطفل المصري وتنشئته ورعايتـه**- المجلـد الثاني- جامعة عين شمس، ص ص935-953.

51. السيد، فؤاد البهي(1988): **علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشرى** ،الطبعة الثالثة،القاهرة ، دار الفكر العربي.

52.الشحيمي، أيوب محمد(1994): **مشاكل الأطفال كيف نفهمها**، دار الفكر اللبناني، بيروت.

53.الشخص، عبد العزيز (1984): بحوث و دراسات في المشاكل السلوكية للأطفال:مقياس ن.ز للتعرف على النشاط الزائد لدى الأطفال"، **مجلة كلية التربية جامعـة عـين شـمس**- العـدد السابع- ص ص97_128.

54.الشخص، عبد العزيز (1985): دراسة لحجم مشكلة النشاط الزائـد بـين الأطفـال و بعـض المتغيرات المرتبطة به" ، **مجلة كلية التربيـة جامعـة عـين شـمس**- العـدد التاسـع ص ص333_358.

55. الشربيني، ذكريا(1993): **المشكلات النفسية عند الأطفال**، القاهرة،مصر الجديدة.

56. الشربيني، ذكريا(2000): **المشكلات النفسية عند الأطفال**،الطبعة الأولي ،دار الفكر العربـي، القاهرة،مصر.

57. الشربيني،ذكريا (2002): **المشكلات النفسية عند الأطفال**،دار الفكر العربي، القاهرة

58. الشربيني،ذكريا(2001): **المشكلات النفسية عند الأطفال**،دار الفكر العربي، القاهرة، مصر الجديدة.

59. الشربيني،زكريا أحمد (1994):**المشكلات النفسية عند الأطفال** ، الطبعة الأولي ،دار الفكر العربي، القاهرة،مصر.

60. الشربيني،زكريا أحمد (2003): **سلوك الإنسان بين الجريمة والعدوان والإرهاب**،الطبعة الأولي، دار الفكر العربي،القاهرة،مصر.

61. الشناوي، محمد محروس (1996): **العملية الإرشادية العلاجية**، دار غريب للطباعة والنشر و التوزيع ، القاهرة.

62. شيفر وملمان (1999) : **سيكولوجية الطفولة والمراهقة**، ترجمة وتعريب: سعيد العزة، الطبعة الأولي، دار الثقافة،القاهرة،مصر.

63. شيفر، شارلز ؛ ميلمان، هوارد(1989): **مشكلات الأطفال والمراهقين**، ترجمة نسيمة داوود ، نزيه حمدي، الطبعة الأولي ، منشورات الجامعة الأردنية، عمان.

64. صبره،أشرف(1994): دراسة للنشاط الزائد وقصور الانتباه لدى عينة من طلاب الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بمدينة أسيوط"،**رسالة كتوراة غير منشورة** ، كلية التربية ، قسم علم النفس ، جامعة أسيوط .

65. صليبا، جميل(1972): **علم النفس** ، الطبعة الثالثة عشر، دار الكتاب، بيروت.

66. طه، فرج عبد القادر و آخرون(1993): **معجم علم النفس والتحليل النفسي**، بيروت،دار النهضة العربية.

67.الطويل،محمد علي(2002): التوافق النفسي والمدرسي وعلاقته بالسلوك العدواني لدي طلبة المرحلة الثانوية بمحافظة غزة ، **رسالة ماجستير غير منشورة،**كلية التربية، جامعة عين شمس، برنامج الدراسات العليا المشترك في كلية التربية، جامعة الأقصى،فلسطين.

68. الطيب، محمد عبد الظاهر(1994): **مشكلات الأبناء وعلاجها من الجنين إلي المراهق،** الطبعة الثانية،دار المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر.

69. الطيب، محمد عبد الظاهر(1996): **التلميذ في التعليم الأساسي،** دار المعارف الاسكندارية،مصر.

70.الظاهر، قحطان أحمد(2004): **تعديل السلوك** ، الطبعة الأولي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.

71.عباس، فيصل العنكبي، مالك (2001):**مدخل إلي علم النفس** ، الطبعة الأولي، دار المنهل اللبنانية للطباعة والنشر، لبنان.

72.عبد الباقي، علا(1999): **علاج النشاط الزائد لدى الأطفال،** الجريسي للطباعة، القاهرة.

73.عبد الحافظ، منال(2002): فعالية العلاج باللعب في خفض النشاط الزائد لدى أطفال ما قبل المدرسة "، **رسالة ماجستير غير منشورة،** كلية التربية، قسم الصحة النفسية، جامعة عين شمس، مصر.

74.عبد الرازق، عماد(1987): **الأعراض والأمراض النفسية وعلاجها للأطفال والأحداث،** دار الفكر

75.عبد الرزاق، عماد(1971) : **مشاكل الطفولة،** مطابع الأهرام التجارية، القاهرة.

76.عبد الغفار، يوسف (1985): **سيكولوجية الطفل غير العادي التربية الخاصة،** دار النهضة العربية، القاهرة.

77.عبد ا ، معتز سيد(1998): علاقة السلوك العدواني ببعض متغيرات الشخصية ، مجلة علـم النفس ، تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب- العدد السابع والأربعـون- كليـة التربيـة، جامعة الإسكندرية،القاهرة،مصر.

78. عبد ا ، مجدي(1997): **الطفولة بين السواء والمرض** ، دار المعرفة الجامعية، مصر.

79.عبد ا ، محمد قاسم(2001): **أمراض الأطفال النفسية وعلاجها**، دار المكتبي للطباعة والنشر والتوزيع، سورية.

80.العتيق، أحمد (1999): التلوث بالمعادن الثقيلة وتأثيره على بعـض جوانـب الأداء العقلـي والحركي والحالة الانفعالية لدى عينات من الأفراد المعرضين له"، **مجلة كلية التربيـة جامعـة عين شمس**- العدد الثالث والعشرون ص ص229_227.

81. العتيق، أحمد.(2000): "تأثير التعرض لمستويات مختلفة من الضوضاء علـى ظهـور شـكل سلوكي ينذر باحتمالية الإصابة باضطراب الانتباه مفرط النشاط لدى عينات من أطفال مرحلـة الطفولة الوسطي"، **مجلة كلية التربيـة**_ العـدد الرابـع والعشـرون_ الجـزء الرابـع ص ص113_150.

82.عجلان،عفاف محمد محمود و طنطاوي ،أحمد عثمان(1995): بعض العوامـل المزاجيـة و المعرفية المرتبطة باضطراب قصور الانتباه لدى الأطفـال و المـراهقين"،**المجلـة المصـرية للدراسات النفسية**- العدد الحادي عشر ص ص65-131.

83.العزة ، سعيد (2002) : **التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية** ، الدار العلمية للنشر والتوزيع ، عمان.

84. العزة، سعيد حسني(1999): **نظريات الارشاد والعلاج النفسـي**، مكتبـة دار الثقافـة،عمـان، الأردن.

85.العقــاد،عصــام(2001): **ســيكولوجية العــدوان وترويضــها** ،الطبعــة الأولــي،دار غريب،القاهرة،مصر.

86.عكاشة، أحمد (1984): **علم نفس الفسيولوجي**، دار المعارف، الطبعة الخامسة، القاهرة.

87.علاونــة،شــفيق (1994): **ســيكولوجية النمــو الإنســاني** ،الطبعــة الأولــي، دار الفرقان،عمان،الأردن.

88.علاوي،محمد حسن(1998): **سيكولوجية العدوان والعنف في الرياضة** ،الطبعة الأولي،مركـز الكتاب، مصر.

89.العناني ، حنان عبد الحميد(1995): **الصحة النفسية للطفل**، عمان، الأردن.

90.العناني،حنان عبد المجيد(1997): **الصحة النفسية للطفل**، الطبعة الثالثة،دار الفكر.

91.العيسوي،عبد الرحمن محمد(1999): **علم نفس الشواذ والصحة النفسية**،الطبعة الأولـي،دار الراتب الجامعية،بيروت،لبنان.

92.العيسوي،عبد الرحمن(1990): **الأمراض النفسية والعقليـة و السيكوسـوماتية**،دار المعرفـة الجامعية ،الإسكندرية.

93.العيسوي، عبد الرحمن (1990): **بثيولوجيا النفس**، الطبعة الثانية ، دار الفكر الجامعي ،

94.فهمي،مصطفي(1985): **سيكولوجية الطفولة والمراهقة** ، القاهرة،مصر.

95.فهيم، كلير(1978): **مشاكل الأطفال النفسية**، دار المعارف، القاهرة.

96.القاسم ، وآخرون(2000): **الاضطرابات السلوكية**،دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع،الطبعة الأولي، عمان.

97.قاسم،نادر فتحي(1993): برنامج إرشادي مقترح لخفض حدة السلوك العدواني لدي الأطفـال في ضوء بعض المتغيرات ، **مجلة الإرشاد النفسي** - العدد الأول ، جامعة عين شمس،القاهرة.

98.القريطي ،عبد المطلب أمين(1998): **فـي الصـحة النفسـية** ،الطبعـة الأولـي،دار الفكـر العربي،القاهرة،مصر.

99.قطـامي،يوسـف(2000): **نمـو الطفـل المعرفـي واللغـوي** ،الطبعـة الأولـي ،الأهليـة للنشر ،عمان،الأردن.

100. القططي،وليد علي(2000): أساليب التنشئة الوالدية وعلاقتها بالسلوك العدواني لـدي طلبـة المرحلة الأساسية العليا بمحافظات جنوب غزة ،**رسالة ماجستير غير منشورة** ، كليـة التربيـة عين شمس ،البرنامج المشترك مع كلية التربية،جامعة الأقصى،غزة،فلسطين.

101. قمر ، عصام توفيق (2002): دور الأنشطة التربوية في مواجهـه المشـكلات السـلوكية لطلاب المرحلة الثانوية ، **مجلة مستقبل التربية العربية**- الإسكندرية - المجلد الثامن- العـدد الخامس والعشرون ص 251-294.

102. قناوي،هدي محمد(1991): **الطفل تنشئته وحاجاته بين الأسـرة ودور الحضـانة** ،الطبعـة الثالثة ،مكتبة الأنجلو المصرية،القاهرة،مصر.

103. القوصي، عبد العزيز(1969): **أسس الصحة النفسية** ، مكتبة النهضة المصرية، القـاهرة، مصر.

104. القوصي، عبد العزيز(1982): **أسس الصحة النفسية**، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

105. القوصي،عبد العزيز(1969) : **أسس الصحة النفسية،** مكتبة النهضة المصرية،القاهرة.

106. القوصي،عبد العزيز(1991):**عدوان الأطفال** ، دار النهضة المصرية ، القاهرة،مصر.

107. كامل، عبد الوهاب محمد (1991): **علم النفس الفسيولوجي** ، دار الكتب الجامعية الحديثـة للطباعة والنشر، طنطا ، مصر.

108. كريم، عادل شكري محمد(2005): **المخاوف المرضية قياسها وتصنيفها وتشخيصها**، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية.

109. كفناني، عـلاء الـدين(1990): **الصـحة النفسـية**، هجـر للطباعـة ، القـاهرة ،للنشـر والتوزيع،عمان.

110. محمود ، عبد الحي وأحمد ، محمد(2002) : اعزاءات المعلمين للمشكلات السلوكية لـدي تلاميذ المرحلة الابتدائية ودرجة شيوع هذه المشكلات لـديهم، **المجلـة المصـرية للدراسـات النفسية**- المجلد الثاني عشر- العدد الرابع والعشرون ص 215- 265.

111. محيسن، عون(1999): مظاهر العدوان لدي طلبة المرحلة الثانوية بمحافظات غزة،وعلاقتـه بالاكتئاب النفسي ، **رسالة ماجستير غير منشورة** ، كلية التربية، الجامعـة الإسـلامية،غـزة، فلسطين.

112. مختار،وفيق صفوت(2001): **مشكلات الأطفال السلوكية** ، الطبعة الثانية، دار القلم والثقافة، القاهرة،مصر.

113. مراد وهبه(1979): **المعجم الفلسفي** ،دار الثقافة الجديدة، الطبعة الثانية، القاهرة.

114. المزيني،أسامة و الغلبان ،حسن(2003): **علم نفس النمـو والصـحة النفسـية** ، الجامعـة الإسلامية.

115. ملحم، سامي(2001): **سيكولوجية التعلم والتعليم:الأسس النظرية والتطبيقيـة**، عمـان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

116. ملحم،سامي محمد (2002): **مشـكلات طفـل الروضـة** ،الطبعـة الأولـي ، دار الفكـر، عمان،الأردن.

117. المليجي ،حلمي(1971): **النمو النفسي** ،الطبعة الخامسة ،دار النهضة العربية ،بيروت،لبنان.

118. مليكه، لويس كامل (1985): **علم النفس الإكلينيكي**، الطبعة الثالثة، الهيئة العامة للكتـاب، ، عمان.

119. منصور، حسن فكري(2002): **التبول اللاإرادي- الأسباب والجديد في العلاج**،دار الطلائع للنشر والتوزيع،القاهرة.

120. منصور، محمد جميل(1981): قرأت في مشكلات الطفولة، بدون ناشر.

121. موريس،رغدة (1997): **تربية الطفل**، دار المؤلف للطباعة،بيروت.

122. موسى ، رشاد والدسوقي ، مديحه (2000): **المشكلات والصحة النفسية** ، الفاروق الحديثة للطباعة والنشر، القاهرة.

123. النجار،عبد الرحمن محمـد(1998): **أطفالنـا ومشـكلاتهم النفسـية**،دار الفكـر العربـي، القاهرة،مصر.

124. نجلاوي، عبد الرحمن(1982): **التربية الإسلامية والمشكلات المعاصرة**، الطبعـة الأولـي، الكتاب الإسلامي،الرياض.

125. نشوان،حسين(1988): **أطفال فلسطين أثر الاحتلال وممارسته في تشـويه النمـو النفسـي والبدني للطفل الفلسطيني**،الطبعة الأولي ،دار الينابيع،عمان،الأردن.

126. همام، طلعت (1984): **قاموس العلوم النفسية والاجتماعية** ، مؤسسة الرسالة، عمان .

127. ولمان ، ملير (1991): **مخاوف الأطفال**، تقديم عبد العزيز القوصي ؛ محمد عبـد الظـاهر الطيب، الطبعة الثانية ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة،.

128. ولمـان(1985): **مخـاوف الطفـل** – تقـديم عبـد العزيـز القوصـي،دار المطبوعـات الجديدة،الإسكندرية.

129. يحيي، خوله(2000): **الاضطرابات السلوكية والانفعاليـة** ، دار الفكـر للطباعـة والنشـر والتوزيع ، عمان.

130. يوسف، أحمد (1958): **أسس التربية وعلم النفس،** مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

131. يوسف، جمعة (2000) : **الاضطرابات السلوكية وعلاجها** ، دار غريب للطباعـة والنشـر، القاهرة .

132. يوسف، يوسف جلال و زكريا يحيى محمد (2000): دراسة تشخيصية علاجيـة للنشـاط الزائد لدى أطفال المرحلة الابتدائية"،**مجلة كلية التربية.جامعة عـين شـمس**- العـدد الرابـع والعشرون - الجزء الرابع ص213-241.

المراجع الانجليزية :

134. **Arlinn,G.&,Alex,S.(2002).Medication interventions for ADHD** youth: a primer for school and mental health counselors. Journal of Mental Health Counseling, Vol. 24

135. **Arthur, D. A .et.al.**(1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning . Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 21.

136. **Brown , M. B.**(2000) .diagnosis and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of Counseling & Development, Vol. 78, Spring , 07489633, Issue 2, p195, 9p.

137. **Brown , M. B.**(2000) .Diagnosis and Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of Counseling & Development, Vol. 78, Spring , 07489633, Issue 2, p195, 9p.

138. **Cohen ,M.& Cynthia. A**:(1994).Methodological differences in the diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder: Impact. Journal of Emotional & Behavioral Disorders, Vol. 2, Jan, Issue 1, p31, 8p.

139. **David , C. G. & Russell**, A. B. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children. Stephen, R. H.et.al.(1992). CHILD PSYCHOPATHOLOGY: Diagnostic Criteria and Clinical Assessment. New Jersey, Hove and London : LAWRENCE ERLBAUM ASSOCIATES, Hillsdale.

140. **David R .shaffer** (1988) social and p ersonality Development second Edition, Brooks/ cole publishing company , Galifornia, united states of America.

141. **Elizabeth, A. B., et.al.**(1993) . Educational interventions for students with attention deficit disorder. Exceptional Children, Vol. 60.

142. **Fachin, K :** (1996) Teaching Tommy . Phi Delta Kappan, Vol. 77, Feb, 00317217, p437, 5p, Issue 6.

143. **Gail, M. G.** (1992) . Frontal Lobe Functioning in Boys with Attention-

144. **Gerald , J. A.et .al** .(1996). Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior.Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 24.

145. **Gerald , J. A.et .al** .(1996). Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior.Journal of_Abnormal Child Psychology, Vol. 24.

146. **Gilbert A. Michele** (1999): Behavioral problems of children involved in custody legislation: The byffer effect associated with havingsiblings. Master Abstract International, Vol.37, No.(4), P1258.

147. **Klaus, W. L.& Oliver. T**.(2001) . Effects of Methylphenidate on Kinematic Aspects of Handwriting in Hyperactive Boys . Journal of Abnormal Child_Psychology, Vol. 29.

148. **Mark Michel**.(1998). , D. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Vincent, B.&, HHandbook of Psychological Treatment Protocols for Children and Adolescents. New Jersey, London : ERLBAUM ASSOCIATES, Mahwah.

149. **Nolan, E. E .et .al** . (1999) . Developmental, Gender, and Comorbidity Differences in Clinically Referred Children with ADHD . Journal of Emotional & Behavioral Disorders, Vol. 7, Spring , 10634266, Issue 1,p11, 10p.

150. **Nolan, E. E .et .al**: (1999) . Developmental, Gender, and Comorbidity Differences in Clinically Referred Children with ADHD . Journal of Emotional & Behavioral Disorders, Vol. 7, Spring , 10634266, Issue 1,p11, 10p.

151. **Paul,H.W**.(2000). ADHD: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults. USA, New York: Oxford University Press.

152. **Sydney. S. Z., et.al**. (1998) . Attentional focus of students with hyperactivity during a word-search task. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 26.

153. **Whitney, V. R., & Steven, L. S**.(2001) . Frontal lobe functioning in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder . Adolescence, Vol. 36.

154. **Zoha Huanhuan** (1997): Behavioral problems of preschools children in urban china, Dissertation Abstract International.Vol.58,No.(3),Pp1258.

الملاحـــــــــق

ملحق رقم ((1))

قائمة بأسماء السادة المحكمين لأدوات الدراسة

الرقم	اسم المحكم	المؤسسة التي يعمل بها
.1	د. عاطف الأغا.	الجامعة الإسلامية.
.2	د. نبيل دخان.	الجامعة الإسلامية.
.3	د. محمد الحلو.	الجامعة الإسلامية.
.4	د. سمير قوتة.	الجامعة الإسلامية.
.5	د. عبد العظيم المصدر.	جامعة الأزهر.
.6	د. محمد عليان.	جامعة الأزهر.
.7	د. نافذ بركات.	الجامعة الإسلامية.
.8	د. نظمي أبو مصطفي.	جامعة الأقصى.
.9	د. إياد زقوت.	رئيس برنامج الصحة النفسية والمجتمعية بوكالة الغوث الولية

السيد الدكتور/ إياد زقوت مدير برنامج الصحة النفسية المجتمعية بوكالة الغوث حفظة الله

بواسطة / ميسون شلتوت مساعد مشرف المنطقة الجنوبية حفظها الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

الموضوع / تسهيل مهمة موظف

إنني أريد تطبيق أداه الدراسة داخل المدارس الابتدائية التابعة لوكالة الغوث وهي استبانه المشكلات السلوكية لدي الأطفال والذي يهدف إلي قياس درجة شيوع المشكلات السلوكية لدى طلبة المرحلة الابتدائية، وذلك في إطار دراسة ماجستير بعنوان . (المشكلات السلوكية لدي الأطفال بعد حرب غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات).

لذا أرجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمتي

مع العلم أن نتائج هذا الاستبيان إنما هي لأغراض البحث العلمي فقط، وسيتم التعامل معها بسرية تامة.

شاكرين حسن تعاونكم معنا،،،

الباحث: ابنكم المرشد النفسي

أشرف إبراهيم الجبالي

الدكتور / محمود الحضيات المحترم

رئيس برنامج التعليم

نرجو مساعدة المرشد على تطبيق الاستبانة

على المدارس مع الشكر

Approved

د. إياد زقوت

ملحق رقم ((3))

الجامعة الإسـلامية - غزة

عمـادة الدراسـات العـليا

كلية التربية – قسم علم النفس

بسم ا الرحمن الرحيم

السيد الدكتور / .... حفظه ا ،،،

تحية طيبة وبعد ،،،

الموضوع / التكرم بتحكيم أدوات الدراسة (استبانة المشكلات السلوكية).

يقوم الباحث / أشرف إبراهيم الجبالي بعمل دراسة لنيل درجة الماجستير في الجامعة الإسلامية - قسم علم النفس / إرشاد نفسي، وهذه الدراسة بعنوان (**المشكلات السلوكية لدي الأطفال بعـد حرب غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات).**

ولذا نرجو من سيادتكم الإطلاع علي هذه الاستبانة وتحكيمها، وتحديد مـدي ملائمـة فقـرات الاستبانة ووضوحها ومناسبتها لما وضعت لقياسه، وإبداء الرأي في صلاحيتها للتطبيـق علـي البيئة الفلسطينية، كما نرجو من سيادتكم أن تقوموا بتعديل ما يلزم من خـلال إضـافة فقـرات مناسبة وملائمة، أو حذف أي فقرة من الفقرات ترونها غير ملائمة وغيـر مناسـبة، أو إعـادة صياغة لبعض الفقرات في الاستبانة من وجهة نظركم المحترمة.

مع فائق احترامي وتقديري لجهودكم الكريمة...

الباحث

أشرف إبراهيم الجبالي

ملحق رقم ((4))

" استبانة المشكلات السلوكية "

أخي المعلم/ أختي المعلمة،

السلام عليكم ورحمة ا وبركاته،

إليكم استبانة المشكلات السلوكية لدي الأطفال والذي أعده الباحث من أجل قياس درجة وجـود المشكلات السلوكية لدى طلبة المرحلة الابتدائية، وذلك في إطـار دراسـة ماجسـتير بعنـوان (**المشكلات السلوكية لدي الأطفال بعد حرب غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات**).

حيث يتكون هذه الاستبانة من (**75 فقرة**) وأمام كل فقرة من فقرات الاستبانة ثلاث بدائل هي كالتالي:

يحدث دائماً	يحدث أحياناً	لا يحدث أبداً

لذا أرجو قراءة كل فقرة من فقرات الاستبانة والإجابة عليها بدقة وموضوعية وذلـك بوضـع علامة (×) أما البديل الذي تراه/ترينه مناسباً لحالة الطفل.

مع العلم أنه لا يوجد هناك عبارات صحيحة وأخرى خطـأ، وإنمـا هـي تعبيـر عـن الآراء الشخصية للفرد، وأن نتائج هذه الاستبانة إنما هي لأغراض البحث العلمي فقط، وسيتم التعامل معها بسرية تامة.

شاكرين حسن تعاونكم معنا،،

الباحث

أشرف إبراهيم الجبالي

البيانات الأولية

الجنس: : ذكر ☐ أنثى ☐

السكن : ☐ الشمال ☐ غزه ☐ الوسطي ☐ الجنوب

الخلفية الثقافية : ☐ أمي ☐ ابتدائي ☐ أعدادي ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

استشهاد أحد الوالدين : ☐ الأب ☐ الأم

هدم المنزل : ☐ كلى ☐ جزئي

إصابة جسدية : ☐ بسيطة ☐ متوسطة ☐ خطيرة

الرقم	العبارة	يحدث دائماً	يحدث أحياناً
.1	يشعر بالسعادة في التشاجر مع زملائه وضربهم.		
.2	يعبث في أثاث المدرسة.		
.3	يقوم بتمزيق كتبه وأدواته المدرسية.		
.4	يضرب من يضربه .		
.5	إن شتمه شخص أو شتم أسرته فإنه يتشاجر معه.		
.6	يحرض زملاءه بالتشويش علي المعلم أثناء شرحه.		
.7	يعبر عن غضبه بأن يضرب بيده بعنف علي المقعد.		
.8	يرفض أن يسخر منه الآخرين.		
.9	يتمرد علي سلطه المدرسين.		
.10	يزعج الآخرين ويضايقهم.		
.11	يعتبر من الطلبة الأشقياء وكثيري المشاكل.		
.12	يرد الإساءة بإساءة أكبر منها.		
.13	لو شكي أحد زملائه عنه لأستاذه فأنه يضرب زميله .		
.14	يستخدم قلمه في الكتابة علي حائط الصف أو الطاولة التي يجلس عليها.		
.15	يشد شعر زملائه.		
.16	يجد متعه في إغلاق الأبواب والنوافذ بقوه.		
.17	يؤذى زملائه حتى في ممارسته للألعاب الرياضية.		
.18	يؤمن بمبدأ الهجوم خير وسيلة للدفاع .		
.19	عندما يشتمه زميل له يبصق عليه.		
.20	يرد على من يزعجه بالسب والشتم.		
.21	إذا وبخه وشتمه المعلم فانه يرفع صوته عليه بشده.		
.22	يحطم أدوات الآخرين ومتعلقاتهم عندما يغضب منهم.		
.23	يسعي نحو تخريب الأشياء التي تعجبه ليست له.		
.24	يثير الشغب في الفصل وفى ساحة المدرسة.		
.25	يميل إلي تكوين شلة من أصدقائه الأقوياء ضد خصومه.		
.26	يتفوه بألفاظ بذيئة عندما يفقد السيطرة علي أعصابه.		
.27	يهدد بفعل أشياء عنيفة عندما يغضب.		
.28	يستخدم الآلات الحادة عندما يتشاجر مع زملائه .		
.29	يقوم بتقطيع ملابس زملائه عندما يشتد الخلاف بينهما .		
.30	يدافع عن أفراد شلته حتى ولو كانوا مخطئين .		
.31	يصعب عليه التركيز في مهمة واحدة.		
.32	يتململ في مقعده بصورة ملحوظة.		
.33	يتدخل في أنشطه الآخرين بدون استئذان.		
.34	يصعب عليه الاستمرار هادئا ومطمئناً.		

الرقم	العبارة	يحدث دائماً	يحدث أح
.35	يصعب عليه إعادة إجابة زملائه .		
.36	تجده يغضب ويثور لأتفه الأسباب		
.37	يتشتت انتباهه بسهوله.		
.38	يغفل عن المهام التي بين يديه.		
.39	يغير مكان جلوسه باستمرار .		
.40	يفقد انتباهه بسرعة.		
.41	يتكلم كثيراً .		
.42	يستجيب إلي أي مثيرات جانبية أو خارجية وهو في الفصل.		
.43	يصعب عليه الاشتراك في الأنشطة الجماعية.		
.44	يفشل في إيجاد بدائل للإجابات الخاطئة.		
.45	يضيع أدواته المدرسية داخل الفصل.		
.46	يجيب بغير دقه ونظام.		
.47	يتجنبه غالبية زملائه لكثره حركته .		
.48	يكرر أخطائه باستمرار لقلة تركيزه.		
.49	يقلق راحة زملائه في الفصل .		
.50	يمارس السلوك دون حساب للنتائج .		
.51	يفشل في إتباع تعليمات المدرس وتوجيهاته .		
.52	يحدث حركات مزعجة في الفصل وفى الساحة.		
.53	يجد صعوبة في انتظار دوره في الأنشطة.		
.54	يحب السيطرة علي جميع الأنشطة دون مشاركة للآخرين من زملائه.		
.55	يصعب عليه أداء الأعمال التي تتطلب خطوات متتابعة.		
.56	يتحرك كثيرا دون كلل أو ملل .		
.57	يكره تأجيل أجابته علي الأسئلة .		
.58	يخشي أن يكون موجوداً في الصف بمفرده .		
.59	يكره أن يكون بين حشد من الناس .		
.60	يتوتر عند الوقوف في الصف أمام المعلم .		
.61	يكره مقابلة من ليس لهم معرفه لديه.		
.62	يهرب من الحديث مع المدير أو مساعده .		
.63	يتضايق من الطابور الصباحي .		
.64	يخاف من الامتحانات ويخشاها .		
.65	يتأثر كثيراً من الرسوب .		
.66	يخاف من الظهور في المناسبات المدرسية .		
.67	يخشي من إعطاء رأيه في الصف .		
.68	يحب جلب انتباه الآخرين .		
الرقم	العبارة	يحدث دائماً	يحدث أح

.69	يخاف السير تحت المباني المدرسية		
.70	يكره سماع الإنفجارات أو سماع صوت طائرة .		
.71	ينفر من الوقوع في الخطأ.		
.72	يعاني من العزلة والانطواء داخل المدرسة.		
.73	ينزعج من النقد البناء له من قبل المعلمين والطلاب.		
.74	يعاني من الخمول والكسل والإجهاد .		
.75	يخاف من زيارة ولي أمره للمدرسة للسؤال عنه .		

ملحق رقم ((5))

قائمة بأسماء المدارس التي طبقت عليها أدوات الدراسة

الرقم	اسم المدرسة	المنطقة التعليمية	الفئة
1.	رفح الابتدائية المشتركة (أ)	رفح	بنين ، بنات
2.	الخنساء الابتدائية للبنات	رفح	بنات
3.	الشوكة الابتدائية المشتركة	رفح	بنين ، بنات
4.	القرارة الابتدائية المشتركة	خان يونس	بنين ، بنات
5.	الفخاري الابتدائية المشتركة	خان يونس	بنين ، بنات
6.	خان يونس الابتدائية المشتركة (ب)	خان يونس	بنين ، بنات
7.	النصيرات الابتدائية المشتركة (ب)	الوسطى	بنين ، بنات
8.	النصيرات الابتدائية المشتركة (د)	الوسطى	بنين ، بنات
9.	البريج الابتدائية المشتركة (ج)	الوسطى	بنين ، بنات
10.	البريج الابتدائية المشتركة (أ)	الوسطى	بنين ، بنات
11.	ذكور البريج الابتدائية (ج)	الوسطى	ذكور
12.	الزيتون الابتدائية المشتركة (أ)	شرق غزة	بنين ، بنات
13.	الزيتون الابتدائية المشتركة (ب)	شرق غزة	بنين ، بنات
14.	بنات الزيتون الابتدائية (ب)	شرق غزة	بنات
15.	ذكور الشاطئ الابتدائية (ج)	غرب غزة	ذكور
16.	ذكور الشاطئ الابتدائية (د)	غرب غزة	ذكور
17.	أسماء الابتدائية المشتركة (د)	غرب غزة	بنين ، بنات
18.	بيت حانون المشتركة (أ & د)	الشمال	بنين ، بنات
19.	بيت حانون المشتركة (ج)	الشمال	بنين ، بنات
20.	بيت حانون المشتركة (ب)	الشمال	بنين ، بنات
21.	ذكور بيت حانون الابتدائية	الشمال	ذكور

ملحق رقم ((6))

- **تحليل فقرات الدراسة:**

قام الباحث باستخدام اختبار((T)) للعينة الواحدة (**One Sample T test**) لتحليل فقـرات الاستبانة والجداول التالية (26 ، 27، 28) تحتوي على النسبة المئوية لبـدائل كـل فقـرة، وكذلك المتوسط الحسابي والوزن النسبي وقيمة **t** ومستوى الدلالة لكل فقـرة، وتكـون الفقـرة إيجابية (رفض الفرضية العدمية) بمعنى أن أفراد العينة يوافقون على محتواها إذا كانت قيمة **t** المحسوبة أكبر من قيمة **t** الجدولية والتي تساوي **1.96** (أو مستوى المعنوية أقـل مـن **0.05** والوزن النسبي أكبر من **66.6 %**) و، وتكون الفقرة سلبية (قبول الفرضية العدمية) بمعنـى أن أفراد العينة لا يوافقون على محتواها إذا كانت قيمة **t** المحسوبة أصغر من قيمة **t** الجدوليـة والتي تساوي - **1.96** (أو مستوى المعنوية أقل من **0.05** والوزن النسبي أقل من **66.6 %**) ، وتكون آراء العينة في الفقرة محايدة (قبول الفرضية العدمية) إذا كان المعنوية أكبر(0.05).

- **تحليل فقرات استبانة المشكلات السلوكية وتتكون من المحاور التالية:**

المحور الأول: مشكلة السلوك العدواني:

قام الباحث بتحليل فقرات المحور الأول ويبين جدول رقم ((26)) أن أفراد العينة يعانون مـن مشكلة السلوك العدواني في جميع فقرات المحور (باستثناء الفقرة رقم " 28 ، 29 ") وبصورة كبيرة، حيث أن قيمة المتوسطات لكل فقرة أكبر من المتوسط المحايـد "2" ، وكـذلك مسـتوى الدلالة لكل فقرة أقل من 0.05 مما يدل على موافقة آراء أفراد العينة على محتويات الفقرات أي على وجود مشاكل تتعلق بالسلوك العدواني ، كما أن أعلى ثلاث فقرات يعاني فيها أفراد العينة من السلوك العدواني كما يلي:

▪ الفقرة رقم " 4 " (يضرب من ضربه) بلغ الوزن النسبي لهـا 86.02 % وقـد احتلـت المرتبة الأولي.

▪ الفقرة رقم" 5 " (إن شتمه شخص أو شتم أسرته فإنه يتشاجر معه) بلغ الـوزن النسـبي 85.46 % واحتلت المرتبة الثانية.

▪ الفقرة رقم " 8 " (يرفض أن يسخر منه الآخرين) بلغ الوزن النسبي 85.40% وقد احتلت المرتبة الثالثة.

كما أن أقل ثلاث فقرات يعاني فيها أفراد العينة من السلوك العدواني هي كما يلي:

- في الفقرة رقم" 15 " (يشد شعر زملائه) بلغ الوزن النسبي 68.89% وقد احتلت المرتبة الثامنة والعشرون
- الفقرة رقم" 28 " (يستخدم الآلات الحادة عندما يتشاجر مع زملائه) بلـغ الـوزن النسـبي 65.09%. حيث احتلت المرتبة التاسعة والعشرون.
- الفقرة رقم " 29 " (يقوم بتقطيع ملابس زملائه عندما يشتد الخلاف بينهمـا) بلـغ الـوزن النسبي 63.79% ، وقد احتلت المرتبة الثلاثون.

وبصفة عامة يتبين أن قيمة المتوسط الحسابي لجميع فقرات المحور الأول يساوي (2.24) من (3.0) ، والوزن النسبي يساوي 74.61% ،و قيمة t المحسـوبة تسـاوي 17.343 وهو اكبر من قيمة t الجدولية والتي تساوي 1.96 ، ومستوى الدلالة يساوي (0.000) وهي أقل من (0.05) مما يدل على قبول الفرضية البديلة أي توجد مشـكلات سـلوكية (مشـكلة السلوك العدواني) لدى الأطفال في قطاع غزة بعد الحرب الأخيرة علـى قطـاع غـزة عنـد مستوى دلالة $\alpha = 0.05$

جـدول " 26 "

النسبة المئوية والمتوسط الحسابي والوزن النسبي وقيمة t ومستوي الدلالة لكل فقرة من فقرات المحور الأول (السلوك العدواني)

رقم الفقرة	يحدث دائماً	يحدث أحيانا	لا يحدث أبدا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة t	مستوى الدلالة	الترتيب
4	70.0	27.1	2.9	2.58	0.580	86.02	33.544	0.000	1
5	60.0	35.7	4.3	2.56	0.581	85.46	32.535	0.000	2
8	61.4	35.7	2.9	2.56	0.593	85.40	31.757	0.000	3
11	68.6	27.1	4.3	2.39	0.694	79.79	19.012	0.000	4
24	57.1	40.0	2.9	2.39	0.664	79.58	19.553	0.000	5
20	58.6	35.7	5.7	2.37	0.675	79.06	18.457	0.000	6
2	51.4	45.7	2.9	2.36	0.671	78.66	17.976	0.000	7
13	63.2	35.3	1.5	2.34	0.703	77.94	16.112	0.000	8
10	71.4	24.3	4.3	2.33	0.734	77.71	15.120	0.000	9
12	68.6	27.1	4.3	2.33	0.699	77.50	15.580	0.000	10
1	58.6	38.6	2.9	2.30	0.680	76.58	14.659	0.000	11
26	58.6	34.3	7.1	2.30	0.716	76.50	13.793	0.000	12
27	45.7	48.6	5.7	2.26	0.731	75.34	11.901	0.000	13
14	45.7	47.1	7.1	2.23	0.715	74.47	10.978	0.000	14
18	44.3	50.0	5.7	2.23	0.721	74.44	10.847	0.000	15
25	59.4	34.8	5.8	2.22	0.762	73.92	9.559	0.000	16
22	54.3	42.9	2.9	2.18	0.720	72.81	8.585	0.000	17
17	54.3	40.0	5.7	2.18	0.691	72.54	8.556	0.000	18
9	51.4	41.4	7.1	2.17	0.721	72.28	7.823	0.000	19
3	57.1	37.1	5.7	2.16	0.727	72.07	7.474	0.000	20
6	47.1	47.1	5.7	2.16	0.740	71.86	7.061	0.000	21
7	62.9	32.9	4.3	2.14	0.750	71.27	6.165	0.000	22
16	61.4	30.0	8.6	2.13	0.748	70.88	5.664	0.000	23
23	52.9	54.3	2.9	2.11	0.738	70.29	4.934	0.000	24
19	61.4	34.3	4.3	2.10	0.768	70.08	4.470	0.000	25
30	45.7	47.1	7.1	2.07	0.750	69.16	3.341	0.001	26
21	52.9	40.0	7.1	2.07	0.782	69.07	3.093	0.002	27
15	48.6	37.1	14.3	2.07	0.753	68.89	2.973	0.003	28
28	51.4	42.9	5.7	1.95	0.771	65.09	-2.052	0.040	29
29	52.9	48.6	8.6	1.91	0.768	63.79	-3.767	0.000	30
جميع الفقرات	**55.9**	**38.3**	**5.3**	**2.24**	**0.461**	**74.61**	**17.343**	**0.000**	

ويري الباحث أن إجابة الطلاب علي فقرات المحور بدرجة كبيرة وخاصـة الفقـرات (4، 5، 8)، دليل علي أن مشكلة السلوك العدواني تعد ما أكبر وأكثر المشاكل السلوكية المنتشرة عنـد أطفال غزة بعد الحرب الهمجية ، حيث تولد مظاهر وأشكال الضرب والشتم والسب والسخرية من الآخرين عند الطالب العدواني اتجاه زميل .

بينما كانت إجابة الطلاب في بعض الفقرات بدرجة قليلة وخاصة الفقـرات (15، 28، 29)، حيث يدل هذا الأمر علي أن الطلاب لا يصلون إلي درجة العدوانية الكبيرة ، ولا تصـل بهـم الحالة إلي شد الشعر ،أو استخدام الآلات الحادة ، وتقطيع الملابس عند المشاجرة مع الآخرين.

المحور الثاني: تشتت الانتباه والحركة الزائدة:

أما المحور الثاني فيبين جدول رقم ((27)) أن أفراد العينة يعانون من تشتت الانتباه والحركة الزائدة في جميع فقرات المحور، وبصورة كبيرة، أي أن قيمة المتوسطات لكل فقرة اكبر مـن المتوسط المحايد "2" ، وكذلك مستوى الدلالة لكل فقرة اقل من 0.05 مما يدل على موافقة آراء أفراد العينة على محتويات الفقرات أي على وجود مشاكل تتعلق بتشتت الانتباه والحركة الزائدة.

ويتضح أيضاً أن أعلى ثلاث فقرات يعاني فيها أفراد العينة من تشتت الانتباه والحركة الزائـدة كما يلي:

- الفقرة" 32 " (يتململ في مقعده بصورة ملحوظة) بلغ الوزن النسبي 85.72 % واحتلـت المرتبة الأولي .
- الفقرة" 41 " (يتكلم كثيراً) بلغ الوزن النسبي 83.62% واحتلت المرتبة الثانية
- الفقرة " 42 " (يستجيب إلي أي مثيرات جانبية أو خارجية وهو في الفصـل) بلـغ الـوزن النسبي لها 81.45% واحتلت المرتبة الثالثة.

كما يوضح الجدول أن أقل ثلاث فقرات يعاني فيها أفراد العينة من تشـتت الانتبـاه والحركـة الزائدة كما يلي:

- الفقرة رقم" 54 " (يحب السيطرة علي جميع الأنشطة دون مشاركة للآخرين من زملائـه) بلغ الوزن النسبي 73.14 % واحتلت المرتبة الرابعة والعشرون.
- الفقرة رقم" 31 " (يصعب عليه التركيز في مهمة واحده) بلغ الـوزن النسـبي 72.66 % واحتلت المرتبة الخامسة والعشرون.
- الفقرة رقم" 45 " (يضيع أدواته المدرسية داخل الفصل) بلغ الـوزن النسـبي 72.45 % واحتلت المرتبة السادسة والعشرون.

كما يتبين بصفة عامة أن قيمة المتوسط الحسابي لجميع فقـرات المحـور الثـاني يسـاوي 2.33(من 3.0) والوزن النسبي يساوي " 77.76 " و قيمة t المحسوبة تسـاوي 27.118 وهو اكبر من قيمة t الجدولية والتي تساوي 1.96 كما بلغت قيمة مستوى الدلالـة " 0.000" وهي اصغر من 0.05 مما يدل على قبول الفرضية البديلة أي توجد مشكلات سلوكية (مشكلة تشتت الانتباه والنشاط الزائد) لدى الأطفال في قطاع غزة بعد الحرب الأخيرة على قطاع غـزة عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$

جـدول " 27 "

النسبة المئوية والمتوسط الحسابي والوزن النسبي وقيمة t ومستوي الدلالة لكل فقرة من فقرات المحور الثاني (تشتت الانتباه والحركة الزائدة)

رقم الفقرة	يحدث دائماً	يحدث أحيانا	لا يحدث أبدا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة t	مستوى الدلالة	الترتيب
32	62.9	31.4	5.7	2.57	0.562	85.72	34.060	0.000	1
41	67.1	30.0	2.9	2.51	0.644	83.62	26.477	0.000	2
42	62.9	31.4	5.7	2.44	0.647	81.45	22.981	0.000	3
37	60.0	35.7	4.3	2.43	0.652	80.91	21.972	0.000	4
56	65.7	32.9	1.4	2.41	0.646	80.20	21.050	0.000	5
40	55.7	44.3	0.0	2.40	0.690	79.85	19.197	0.000	6
52	58.6	35.7	5.7	2.38	0.674	79.17	18.617	0.000	7
50	58.6	38.6	2.9	2.36	0.692	78.69	17.438	0.000	8
35	60.0	34.3	5.7	2.35	0.666	78.30	17.573	0.000	9
33	50.0	50.0	0.0	2.34	0.658	78.12	17.514	0.000	10
34	64.3	32.9	2.9	2.34	0.704	78.12	16.373	0.000	10
36	62.9	32.9	4.3	2.33	0.653	77.83	17.188	0.000	11
49	60.0	37.2	2.8	2.33	0.647	77.80	17.294	0.000	12
47	52.9	44.3	2.9	2.33	0.723	77.68	15.274	0.000	13
55	68.6	22.9	8.6	2.32	0.700	77.47	15.514	0.000	14
51	68.6	25.7	5.7	2.32	0.646	77.29	16.543	0.000	15
38	51.4	44.3	4.3	2.30	0.639	76.79	15.936	0.000	16
44	57.1	31.4	11.4	2.30	0.721	76.71	13.969	0.000	17
48	60.0	37.1	2.9	2.30	0.619	76.55	16.047	0.000	18
57	50.0	45.7	4.3	2.30	0.706	76.54	14.019	0.000	19
39	58.6	32.9	8.6	2.29	0.723	76.19	13.240	0.000	20
46	62.9	34.3	2.9	2.28	0.705	75.99	13.284	0.000	21
53	65.7	27.1	7.1	2.28	0.714	75.87	12.951	0.000	22
43	41.4	50.0	8.6	2.21	0.733	73.55	9.451	0.000	23
54	52.9	35.7	11.4	2.19	0.694	73.14	9.380	0.000	24
31	64.3	31.4	4.3	2.18	0.716	72.66	8.415	0.000	25
45	50.0	37.1	12.9	2.17	0.733	72.45	7.937	0.000	26
جميع الفقرات	**59.0**	**35.8**	**5.2**	**2.33**	**0.411**	**77.76**	**27.118**	**0.000**	

ويري الباحث أن إجابة الطلاب علي فقرا ت المحور بدرجة كبيرة وخاصة الفقرات (32، 41، 42)، تدلل علي أن الطالب المشتت انتباه ولديه حركة زائدة تظهر عنده مظاهر التملـل فـي المقعد ، والكلام كثيراً ، وسريع الاستثارة لأتفه الأسباب ، والاستجابة لأي مثير خارجي خارج الصف .

ويعتقد الباحث أن إجابة الطلاب بدرجة قليلة علي بعض الفقرات خاصـة الفقـرات (54، 31، 45) دليل علي أن الطالب ذو الحركة الزائدة ، يفقد التركيز والانتباه يتفهم ، ويحب السيطرة علي الأنشطة الغير هادفة ، ويفقد أدواته في الصف .

المحور الثالث: الخوف:

وقد أجري الباحث تحليل لفقرات البعد الثالث، ويبين جدول رقم ((28)) أن أفراد العينة يعانون من الخوف في جميع فقرات المحور، (باستثناء الفقرات رقم " 58 ، 59 ، 69 ، 72 ، 74) وبصورة كبيرة، وكذلك مستوى الدلالة لكل فقرة اقل من 0.05 مما يدل على موافقة آراء أفراد العينة على محتويات الفقرات أي على وجود مشاكل تتعلق بالخوف ، كما أن أعلى ثلاث فقرات يعاني فيها أفراد العينة من الخوف كما يلي:

- الفقرة رقم" 68 " (يحب جلب انتباه الآخرين) بلغ الوزن النسبي 81.57%. واحتلت المرتبة الأولي .
- الفقرة رقم " 65 " (يتأثر كثيراً من الرسوب) بلغ الوزن النسبي 75.82%. واحتلت المرتبة الثانية.
- الفقرة رقم" 62 " (يهرب من الحديث مع المدير أو مساعده) بلغ الوزن النسـبي 74.83% ، واحتلت المرتبة الثالثة.

كما يوضح الجدول أن أقل ثلاث فقرات يعاني فيها أفراد العينة من الخوف هي كما يلي:

- الفقرة رقم " 74 " (يعاني من الخمول والكسل والإجهاد) بلغ الـوزن النسـبي 65.48% واحتلت المرتبة السادسة عشر.
- الفقرة رقم " 72 " (يعاني من العزلة والانطواء داخـل المدرسـة) بلـغ الـوزن النسـبي 65.15% واحتلت المرتبة السابعة عشر.
- الفقرة رقم" 69 " (يخاف السير تحت المباني المدرسية) بلـغ الـوزن النسـبي 65.03% واحتلت المرتبة الثامنة عشر.

وبصفة عامة يتبين أن قيمة المتوسط الحسابي لجميع فقرات المحور الثالـث يسـاوي 2.14 (من 3.0) والوزن النسبي يساوي " 71.20% " و قيمة t المحسوبة تساوي 9.784 وهو اكبر من قيمة t الجدولية والتي تساوي 1.96 كما بلغت قيمة مستوى الدلالة " 0.000" وهي اصغر من 0.05 مما يدل على قبول الفرضية البديلة أي توجد مشـكلات سـلوكية (مشـكلة الخوف) لدى الأطفال في قطاع غزة بعد الحرب الأخيرة على قطاع غزة عند مسـتوى دلالـة $\alpha = 0.05$

جـدول " 28 "

النسبة المئوية والمتوسط الحسابي والوزن النسبي وقيمة t ومستوي الدلالة لكل فقرة من فقرات المحور الثالث (الخوف)

رقم الفقرة	يحدث دائماً	يحدث أحيانا	لا يحدث أبدا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة t	مستوى الدلالة	الترتيب
68	52.9	38.6	8.6	2.45	0.670	81.57	22.360	0.000	1
65	42.9	40.0	17.1	2.27	0.762	75.82	12.062	0.000	2
62	64.3	27.1	8.6	2.24	0.714	74.83	11.497	0.000	3
63	52.9	40.0	7.1	2.23	0.651	74.38	11.914	0.000	4
70	47.1	41.4	11.4	2.23	0.772	74.21	9.819	0.000	5
67	61.4	27.1	11.4	2.20	0.760	73.49	9.025	0.000	6
64	55.7	32.9	11.4	2.20	0.806	73.37	8.369	0.000	7
75	55.7	32.9	11.4	2.19	0.770	72.93	8.176	0.000	8
60	57.1	31.4	11.4	2.14	0.750	71.36	6.283	0.000	9
73	48.6	45.7	5.7	2.14	0.688	71.24	6.681	0.000	10
66	40.0	42.9	17.1	2.14	0.756	71.18	5.999	0.000	11
61	55.7	35.7	8.6	2.08	0.750	69.34	3.582	0.000	12
71	41.4	41.4	17.1	2.07	0.721	69.14	3.442	0.001	13
59	41.4	41.4	17.1	2.00	0.807	66.67	0.000	1.000	14
58	45.7	37.1	17.1	1.99	0.751	66.46	-0.278	0.781	15
74	40.0	37.1	22.9	1.96	0.796	65.48	-1.500	0.134	16
72	38.6	38.6	22.9	1.95	0.781	65.15	-1.948	0.052	17
69	38.6	45.7	15.7	1.95	0.812	65.03	-2.021	0.044	18
جميع الفقرات	**48.9**	**37.6**	**13.5**	**2.14**	**0.466**	**71.20**	**9.784**	**0.000**	

ويري الباحث أن إجابة الطلاب علي فقرا ت البعد بدرجة كبيرة وخاصة الفقـرات (68، 65، 62)، تبين أن أهم المظاهر الدالة علي الخوف التي تظهر علي الطالب هي جلب انتباه الآخرين ، والتأثر من الرسوب ، والهروب من الحديث مع الآخرين.

بينما يري الباحث أن إجابة الطلاب علي بعض الفقرات بدرجة قليلة وخاصـة الفقـرات (74، 72، 69)، تبين أن مظاهر الخمول والإجهاد ، العزلة والانطـواء ، والسـير تحـت المبـاني المدرسية ،غير منتشرة عند الطلاب بدرجة كبيرة.

تعقيب عام علي خطوات تحليل أداة الدراسة:

يري الباحث أنه من خلال تحليل فقرات كل محور من محاور استبانة المشكلات السـلوكية أن الوزن النسبي لجميع فقرات المحور الأول يساوي74.61% ، و الوزن النسبي لجميـع فقـرات المحور الثاني تساوي77.76%، و الوزن النسبي لجميع فقرات المحور الثالث تسـاوي 71.20 % ، والوزن النسبي الكلي لجميع المحاور 74.93 % ، ومستوى الدلالـة يسـاوي (0.000) وهي أقل من (0.05) ، و قيمة t المحسوبة تساوي 22.267 وهو اكبر من قيمة t الجدوليـة والتي تساوي 1.96 مما يدل على وجود مشكلات سلوكية لدي الأطفال بعد حرب غزة ، ويبين الجدول ((29)) خلاصة تحليل فقرات كل محور من أبعاد أداة الدراسة وهي كالتالي:

جـدول " 29 "

خلاصة تحليل مجالات الدراسة

محتوى المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة t	مستوى الدلالة
المحور الأول: السلوك العدواني	2.24	0.461	74.61	17.343	0.000
المحور الثاني: تشتت الانتباه والحركة الزائدة	2.33	0.411	77.76	27.118	0.000
المحور الثالث: الخوف	2.14	0.466	71.20	9.784	0.000
الدرجة الكلية لفقرات الاستبانة	**22.267**	**0.000**	**74.93**		

ملحق رقم ((7))

يوضح معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والمعدل الكلي للمحور التابعة له

	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى المعنوية	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى المعنوية
استبانة المشكلات السلوكية	1	0.364	0.002	38	0.540	0.000
	2	0.302	0.011	39	0.606	0.000
	3	0.430	0.000	40	0.446	0.000
	4	0.247	0.039	41	0.477	0.000
	5	0.253	0.034	42	0.677	0.000
	6	0.723	0.000	43	0.393	0.001
	7	0.196	0.104	44	0.586	0.000
	8	0.353	0.003	45	0.496	0.000
	9	0.608	0.000	46	0.573	0.000
	10	0.506	0.000	47	0.357	0.002
	11	0.380	0.001	48	0.301	0.011
	12	0.510	0.000	49	0.309	0.009
	13	0.515	0.000	50	0.354	0.003
	14	0.676	0.000	51	0.198	0.100
	15	0.482	0.000	52	0.492	0.000
	16	0.559	0.000	53	0.562	0.000
	17	0.590	0.000	54	0.553	0.000
	18	0.619	0.000	55	0.618	0.000
	19	0.441	0.000	56	0.245	0.041
	20	0.545	0.000	57	0.358	0.002
	21	0.436	0.000	58	0.506	0.000
	22	0.447	0.000	59	0.689	0.000
	23	0.730	0.000	60	0.555	0.000
	24	0.544	0.000	61	0.597	0.000
	25	0.653	0.000	62	0.413	0.000
	26	0.483	0.000	63	0.378	0.001
	27	0.533	0.000	64	0.594	0.000
	28	0.736	0.000	65	0.721	0.000
	29	0.776	0.000	66	0.756	0.000
	30	0.653	0.000	67	0.496	0.000
	31	0.268	0.025	68	0.377	0.001
	32	0.539	0.000	69	0.536	0.000
	33	0.661	0.000	70	0.481	0.000
	34	0.485	0.000	71	0.517	0.000
	35	0.641	0.000	72	0.619	0.000
	36	0.523	0.000	72	0.517	0.000
	37	0.496	0.000	74	0.608	0.000
				75	0.561	0.000

قيمة r الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 68 تساوي 2.33

ملحق رقم ((8))

حالات التبول اللاإرادي بعد الحرب علي غزة

نتيجة عدم وجود مقياس لقياس التبول اللاإرادي، فقد تم الاتفاق بمشاورة المختصين فـي هـذا المجال علي قيام الباحث بإعداد مجموعة من حالات التبول اللاارادي وعرض تحليلي للمشكلة ومن ثم الحلول.

الحالة الأولي:

وصف الحالة:

طالب في الثالثة عشر من عمره متعثر في دراسته يعاني من التهتهه في الكلام عنـدما يسـأله المدرس أي سؤال ، والده في منتهي القسوة ودائم النقد له ، تهتز يد الوالد اهتزاز عصبياً كلمـا أمسك بالقلم ليكتب أمام أحد، كما تهتز إذا أمسك كوباً أو شئ آخر ، لأنه يخاف أن تفلت من يده فيعاقبه أبوه . له أخ أكبر منه في كلية ناجح في دراسته في حين الطالب موضوع هـذه الحالـة راسب في الإعدادية ، كان الأب دائم الحديث عن ذكاء أخيه وعن غبائه هو ويردد ذلـك أمـام الضيوف والأقارب ، كان الطالب من الناحية الصحية في أتم صحة وظروفه العائلية الاجتماعية فوق المتوسط . وكان يكره المدرسة ومدرسيها كراهية شديدة وكان بعضهم في منتهـي الشـدة معه،عولجت هذه الحالة بأن أفهم الوالدان بأن ذكاء الولد فوق المتوسط وذلك بعد أن اختبر ذكاؤه وافهموا ضرورة تحسين معاملتهم له ومساعدته بمدرس خصوصى ، كما نصـحوا بنقلـه إلـي مدرسة أخرى، وقد تعاونت الأسرة مع المعالج النفسي تعاوناً كاملاً وأدخـل مدرسـة أخـري فتحسنت الحالة شيئاً فشيئاً ونجح العلاج في الإعدادية وبدأت أعراض التهتهه تزول كما انقطـع التبول ، وثم انحصر العلاج بعد ذلك في مساعدة الطالب علي استعادة ثقته بنفسه وذلك بإبعـاده

عن الوسط المدرسي الذي كان يشعر فيه عن النقص وبوضع حد نهائي للوم الوالدين له وبالدفاع عنه وعن ذكائه وباشتراكه في النادي الرياضي الاجتماعي.

الحالة الثانية:

وصف الحالة:

طفل في الثامنة من عمره يعاني من التبول ليلاً ويأتـي بحركات عصبية في أثناء النهار فيحرك أنفه وفمه ذات اليمين وذات اليسار ومن وقت لآخر بطريقة قهرية .

دل فحصه طبياً علي أنه يعاني من ديدان الإسكارس وأنه ضعيف البنية ، كما دل فحصه نفسـياً علي أنه علي درجة عالية من الذكاء ولكنه يعاني من الشعور بالنقص في المنزل لأن الأب والأم والأخوة يعايرونه لتبوله لا إرادياً ليلا ، بل أن الأب يلجأ إلي كيه بالنار كي يقلـع عـن هـذه العادة ، وفي المدرسة كان متقدماً ولكنه عدواني ضد أقرانه فيضربهم ويشتمهم بأفظع الشتائم، ، ثم إرشاد العائلة لمعاملته معاملة حسنة .وأفهم الوالد والأهل أنه لا ذنب له في التبول وأنه مـن الخطأ عقابه علي ذلك .وتعاونت الأسرة إلي أن استرد الطفل ثقته في نفسه وبـدأت الأعـراض العصبية في الزوال كما انقطع التبول اللاإرادي .

الحالة الثالثة:

وصف الحالة:

بنت في العاشرة من عمرها كانت تتبول في أثناء النوم في كل ليلة تقريباً، وقد بدأت ذلك عقـب وفاة والدها وهي في الثامنة من عمرها . أي بعد أن كانت قد تعودت لمدة طويلـة أن تضـبط نفسها من التبول أو انقطع تبولها لاإرادياً في سن الثانية . البنت علي درجة كبيرة من الجمـال وكانت مقربه لوالدها بدرجة كبيرة وقد كان الأب يفخر بجمالها ويدللها ويأخذها معه في كثيـر من زيارته . كان لها أخ عمره أربع سنوات . وكان مقرباً للأم أكثر من البنـت لأنهـا تحـب

الأولاد وتفضلهم علي البنات . لذلك كله كانت البنت متعلقة تعليقا شديداً بالأب . وكانـت حـال الأسرة الاجتماعي ممتازاً ولكن بعد وفاة الأب تدهور دخل الأسرة وأصـبحت الأم فـي حالـة عصبية لتغير مستوي معيشة الأسرة وكانت تعلن سخطها وتبرمها بالحياة أمام البنت . فكـرت الأم في الزواج وكانت البنت غير راضية بهذا الزواج وترفض أن يحل محل والدها رجل آخر في المنزل وهذا ما جعل الأم تكره البنت وتهددها بإرسالها إلي ملجأ أو مدرسة داخلية، وكانـت أحياناً تضربها ضرباً مبرحاً. كانت البنت تعاني من اضطرابات في النوم منهـا كثـرة التقلـب والصياح والسب مما يوحي بأن التبول في هذه الحالة كان مصـحوبا (بالكـابوس) والأحـلام المزعجة، وفقدان البنت الشعور بالأمن والطمأنينة بوفاة الأب وسلوك الأم نحوها ممـا جعلهـا تحيي حياة قلقه وتعاني من الشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس والميل الشديد للمعانـدة وإثبـات الذات . لم تتعاون الأم مع المعالج وهذا ما يؤكد كراهيتها لها.

الحالة الرابعة:

وصف الحالة:

طالب في الثانية عشرة من عمره وهو الأبن الأكبر في أسرة بها ثلاثة أولاد، ولدان وبنت . كان الطالب يشكو من الضيق النفسي الشديد والتبول والأحلام المزعجة في أثنـاء النـوم . توفيـت والدته وهو في سن التاسعة وتزوج والده بسيدة أخري لم تنجب أطفالاً ، وبدأت أعراض التبـول بعد زواج الوالد مباشرة. دل تاريخ الحالة علي أن الأم كانت مريضة نفسـياً ، كثيـرة التبـرم والضيق من الزوج والأولاد، ولم يستطع الأب تعويض الأطفال ما فقدوه من عطـف الأم لأنـه كان يعمل طبيباً ووقته مشغول ليل ونهار. مما جعل الأولاد يعيشون في ظـل الأم مضـطربين عاطفياً يعانون من الصرعات النفسية والانفعالات المؤلمة نتيجة تبرمها وقسـوتها علـيهم ، إذا كانت تضربهم لأقل سبب خصوصاً الأبن الأكبر . بعد وفاة الأم عاني الأطفال من زوجـة الأب

التي كانت محرومه من الأولاد وبذلك عاش الأولاد منذ طفولتهم في جو من الجوع العـاطفي محرمين من الحنان والرعاية النفسية . ومن الناحية الصحية كان الطالب يعـاني مـن فقـر دم وضعف عام منذ ولادته كما كان متوسطا من حيث تقدمه بين أقرانه في المدرسة .

لقد عبرت انفعالات الطفل المؤلمة عن نفسها في الأحلام المزعجة والتبول ليلاً وفـي الضـيق النفسي نهارا وعدم الأمن والشعور بعدم الثقة في النفس .

الحالة الخامسة:

وصف الحالة:

طفلة في الخامسة من عمرها تتبول لا إرادياً منذ ولادتها . حملت فيها الأم علي غير رغبة منها إذ أن لديها ثلاثة أطفال ولدين وبنت ، والأم موظفة وتجد صعوبة كبيرة في رعايـة أطفالهـا ، وليس للأطفال جدة من جهة الأم أو من جهة الأب . كانت الطفلة غير جميلة بخـلاف أخواتهـا وكانت الأم تصرح بذلك علنا أمامها وأمام كل من يحضر لزيارتهم. كانت الأم تصـرح دائمـا أمامها أنها لم تكن راغبة في أطفال غير الثلاثة الولدين والبنت الأولي . وكانت البنـت عنـدما تتبول علي نفسها توبخها أمها وكان أخوتها يعيرونها لتبولها لاإراديا ويرفضون نومهـا معهـم سوء في النهار أو في الليل لذلك كانت كثيرة المشاكسة والاعتداء عليهم. وكان الأب يضـربها أحيانا لتبولها لاإراديا ويصفها بأنها شاذة وعدوانية ولهذا يجب ضبط سلوكها حتى لا تتمادي في عدوانها وعنادها وميلها إلي التخريب لكل اللعب الخاصة بإخواتها. هذه الحالة تظهر أن الطفلـة شعرت بعدم قبولها في الأسرة منذ ولادتها كما أنها شعرت بالنقص الشديد لمعاملتهم لها بقسـوة كما كانت تشعر بالغيرة الشديدة من إخوانها لما لهم من مركز ممتاز عند الأب والأم كما أنها لم تجد في سلوك الأم أو الأب نحوها ما يحميها من طغيان إخوانها عليها . أن تعرض الطفلة منـذ طفولتها الأولي لعدم القبول والقسوة وعدم إشباع الحاجات النفسية الأساسية للطفل كالحب والآمن

والطمأنينة والتقدير والثقة بالنفس أي أن تاريخها يتمثل فيه التاريخ الطبيعي للمرض النفسـي ، فليس عجباً أن تظهر أعراض المرض النفسي في صورة (تبول لاإرادي) وفي التوتر الانفعالي وعدم الاستقرار النفسي والشعور بالنقص.

الحالة السادسة:

وصف الحالة:

ريما طفلة عمرها عشر سنوات ، من سكان مدينة غزة (حي الزيتون) التي يتعرض سـكانها إلي القصف العشوائي ليلاً ونهاراً ، ولسماع أصوات سيارات الإسعاف بشكل شبه يومي .

بدأت ريما في الآونة الأخيرة تعاني من تبول لاإرادي، ومن صعوبة بالغة فـي التركيـز فـي الصف وفي الحديث مع الآخرين . كما أصبحت تشعر بخوف شديد أثناء الليل ، إذ كانت تصحو من الكوابيس الليلية وهي تصرخ متوجهة نحو غرفة والديها . بدأت ريما تجـد صـعوبة فـي الابتعاد عن والديها ، و تقاوم الذهاب إلي المدرسة صباحاً ، مما يودي إلي عراك أصبح شـبه يومي بينها وبين والدتها.

الحالة السابعة:

وصف الحالة :

طفل في سن الثامنة كان يتبول في أثناء نومه مرات عديدة في كل ليلة وقد بدأ ذلك عقب وفـاة والده وهو في سن الرابعة. بدراسة الحالة وجد أن حالته الصحية جيده وخالية من جميع الأسباب الجسمانية التي يحتمل رجوع الحالة إليها ، وأن الأسرة كانت حالتها المادية فوق المتوسط وكان الوالد شاباً ناجحاً جداً في عمله وكان كل من الوالد والولد متعلقا بالآخر تعلقاً شديداً ، فكان الوالد يأخذ ابنه معه في نزهاته وإلي الحفلات التي يدعي إليها . وكان الولد لحيويته وجمـال شـكله وذكائه موضع فخر والده . مات الوالد فجأة وشاهد الولد ما يصحب الوفاة من أمـور مزعجـة

غير عادية ، وبذلك حدث انقلاب فجائي في مجال حياة الطفل مما أدي إلي تبوله في أثناء نومه حاولت العيادة الحصول علي تعاون الأم لمعالجة التبول لكن الأم لم تتعاون مع العيادة أبدا.

الحالة الثامنة :

وصف الحالة:

طفلة تبلغ من العمر تسع سنوات ، من أسرة مكونة من عشر أفراد، تقع الطفلة في الوسط بين اخوتها ،لها أربع عشر أخوة وخمس أخوات، ضعيفة في دراستها وكانت تعاني من مشكلة في الكلى وشكوى من التبول اللإرادي منذ الولادة ، وكانت لها أخت صغيرة تعاني من التبول لكن ما إن زالت وتبين من دراسة حالة الطفلة أنها تعاني من بعض العادات السيئة مثل العزلة عن الآخرين مع بكاء مستمر لأتفه الأسباب وقد لوحظ علي الطفلة أنها تعاني من تأخر لغوي وعدم القدرة علي التعبير عن مشكلتها والإجابة عن الأسئلة الموجهة إليها وتلتزم الصمت والسكوت ، وقد تمت المقابلة مع والد الطفلة وفي حديثه عن طفلته ومشكلتها قال: تقصير في عدم النهوض ليلاً وأيضاً في مقابلة مع والدتها تبين فيها الكثير ولقد قالت: خوفا من القيام ليلاً كما أكدت الأم علي أن الظاهرة زادت بسبب الظروف التي نمر بها مع العلم أن الطفلة تسكن في رفح التي تتعرض يوميا للقصف، ولقد تبين من المقابلة أن ولادة الطفلة كانت طبيعية ، وكذلك فترة الرضاعة ، والأسلوب القاسي للأب فقد كان يعاقبها ، ولقد اعترف بأنه سيستعمل أسلوب لتخويف الطفلة إذا هي بالت علي نفسها ، والظروف الأسرية المادية جيدة ، ولم تُعالج الطفلة في بادئ الأمر من حالة التبول، مشكلة وتذهب ، فأرسلها أهلها إلي الطبيب (المختص في المسالك البولية) فوجد عندها مشكلة في الكلي وما أن زالت ببعض العقاقير ونصح الطبيب أن هذه العقاقير ستشفيها ولكن لم تجد نفعاً في ضبط التبول عند الطفلة ، وقد تبين أن الطفلة تعاني من خوف شديد من كلا الوالدين ، وخوفها من صوت الطائرات وإطلاق النار.

الحالة التاسعة :

وصف الحالة:

طفل يبلغ من العمر 12 سنة ، كان موافقاً أن نجري معه مقابلات لكن كان لا يريد أن يذكر اسمه وأن يقيم وكشف المعلومات عن جيرانه ، لكن تم التأكد علي أن المعلومات لن تخرج إلا في نطاق البحث مع ذكر اسمه ولا مكان سكنه، تتكون أسرة هذا الطفل من 7 أفراد (3أخوة و3أخوات) وهو واقع في المرتبة الثالثة ، ومستواه متوسط ،ولم يعانى من أي مشكلة صحية سوى التبول اللاإرادي، بدأ يبول علي نفسه في سن الرابعة مع العلم أن الطفل كان فترة طفولته السابقة سليما ، ولم يعاني أحد في أسرته من هذه الظاهرة سواه، ومن دراسة الحالة وجد أنه يعاني من العادات غير طيبة سيئة مثل مص الأصابع وقضم الأظافر ، وكذلك العزلة عن الآخرين بشدة ، وتبين خوفه الشديد من معرفة أصدقائه للمشكلة وشم رائحته مع العلم أنه يغتسل يوميا ، ومن خلال المقابلة كان حرجاً في الإجابة عن الأسئلة حتى في التعبير عن مشكلته ، وقد تم إجراء المقابلة مع والديه وقد تحدث والده هو أخر طفل من الشباب مدلل مع العلم أننا جربنا الأدوية لكن لم تعطي نتيجة ، كذلك الأم أكدت أن الظروف المادية الأسرية سيئة التي يمر بها الطفل والأسرة ، يسكن هذا الطفل في مدينة رفح ، وعندما تحدثنا عن الوضع الراهن قال ليس هو السبب ومن خلال حديث الطفل تبين أسلوب الأب الذي كان أحيانا قاسيا ويظهر ذلك بضربه لابنه ، أخاف من والدي ومن ضربه، وتبين أن الطفل يعاني من الأنانية والغيرة والحرمان العاطفي ، مع العلم أنه كما قال والده أنه مدلل لكن يقول هو أي الطفل لا هذا غير صحيح ويبدو أن ضرب الأب وحرمانه من الحنان من جانب الأبوين أدي إلي فقدان السند وإيجاد مشاعر الخوف لديه ، وهذا دفعه إلي السلوك التعويضي لهذا الحرمان ، كذالك العادات السيئة سالفة الذكر هي وسائل دفاعية جعلت الطفل من خلالها يلفت الانتباه نحو ما يعاني من مشكلة.

والمشاحنات بين الأبوين والأخوة ، ويقول لا أحد يعطيني الرعاية والاهتمام ولا الأب ولا الأخوة ولا الأم .

الحالة العاشرة:

وصف الحالة:

نحوي تلميذة في الصف الثاني ، عمرها ثماني سنوات ، متوسطة في دراستها ، دخلت المستشفي قسم الأطفال بسبب تناولها عقاقير خاطئة بحسب ما جاء في ملفها الطبي كان ذلك وعمرها ثلاث سنوات ونصف حيث أجريت لها عملية تنظيف (غسيل معدة) ، وعانت من بعدها من مشاكل في الكبد ولم يتوقف التبول اللاإرادي عندها مطلقاً ،تعاني من ضعف عام علي المستوي الجسمي، عولجت من التبول اللاإرادي باستخدام عقاقير ضد الالتهابات وعولجت بالإعشاب علي يد مختصين وبدون فائدة تذكر ، تتناول الطعام بشكل مفرط وتعاني من اضطرابات شديدة في النوم ، لها أختان أكبر منها وأخت واحدة أصغر منها، أمها مريضه تعاني من سمنه زائدة ، والدها معلم غير موجود في المنزل أغلب الوقت ،

المستوي الاجتماعي متدنٍ، المنزل قريب من خطوط التماس وتتعرض المنطقة لإطلاق نار بشكل شبه يومي ،المستوي الدراسي يميل إلي التدني المطرد وتعاني الطفلة من الشرود في غرفة الصف وتتميز الطفلة بالعدوانية وتظهر الضعف وسرعة البكاء ومشاكل النطق والكتابة والخجل الشديد وعدم الصدق في الحديث أحياناً وخصوصاً في حالة تعرضها للخوف.

من خلال المقابلة مع الطفلة تم اكتشاف رغبة الطفلة في أن تكون عريفة الصف وأن تكون في المقعد الأول وأنها تحب أن تكون لها معلمة خاصة بها دون الأطفال الآخرين ، وأنها تحب معلمة اللغة الانجليزية لأنها تمدحها كثيراً وتمسح علي شعرها وأنها تكره اليهود لأنهم يطلقون النار. ومن خلال مقابلة الوالدين تبين أن الأم لا تعامل البنات بنفس الطريقة التي تعامل بها

الذكور وأن الأم لم تكن تحب أن تكون لديها طفلة إضافية وأنها تضربها بشكل قاسي وأن الطفلة جاءت في ظل ظروف أسرية غير مستقره علي مستوي المشاكل بين الأم وأم الزوج التي تشجع أبنها علي الزواج من أخري .

وكانت ولادة الطفلة بطريقة غير طبيعية ولم تنل الطفلة فترة رضاعة كافية وأن عملية الفطـام كانت باستخدام مواد غير متحضرة فكان الفطام فجائياً.

وأن الأم تعيش تحت تهديد المشكلات مع الزوج الذي يهدد بالزواج مما يعكس ذلك علي معاملة الأم لأطفالها . ورغم أن الأب موظف إلا أن المستوي المعيشي متدنٍ جدٍا وحالة الأطفال متدنية قياساً بزملائهم ولا يحصلون علي مصروف للمدرسة. المنزل ضيق ويعيش سبعة أطفـال فـي غرفة واحدة مع وجود مسافة للعب داخل أو خارج المنزل.تحاول الأم استرضاء الزوج بإظهار الحزم في معاملة الأولاد وتبين أن الأم اعتادت التبول اللاإرادي من أبنائها لذلك أهملت علاجها بشكل مستمر إلا بمحاولات بسيطة.

ومن خلال المقابلة مع الطفلة تبين أنها تخاف كثيراً من أمها وأبيها وأن أمها تضربها كثيراً.

وأنها تخاف من اليهود ومن أصوات الرصاص، لذلك فهي تقوم من مكان نومها عنـدما تسـمع إطلاق نار، لتحشر نفسها في فراش أختها الكبري وأنها تتمني أن تحصل علي مصروف يومي مثل صديقاتها في المدرسة. وأنها تكره بيتها كثيراً لان به فئران ولا يوجد به ألعاب ،

من خلال دراسة الحالة والمقابلة التشخيصية مع الحالة ومع والديها، تبين أن الطفلة نحوي تشعر بالاضطهاد، وذلك لوجودها ضمن ترتيب معين (ثالثة بين أربع بنات) في ظل وجود ثلاثة أطفال ذكور يحضون بالاهتمام أكثر منها وأساليب المعاملة الوالدية تجاهها تتميـز بالإهمـال الشـديد وتلقين القلق من خلال التهديد والتحكم من خلال العنف وعدم السماح باللعب ، بالإضـافة إلـي تأثير الخوف الخارجي المتمثل في صوت الرصاص والانفجارات في الليل ، مما جعل الطفلـة

في حالة توتر مستمر وقلق وخوف شديدين يحد من حركتها ويمنعها من التوجه إلي المرحـاض في الليل، ومحاولة تجاهل الرغبة في إفراغ المثانة وخصوصاً في ظل إهمال الوالـدين وتقبـل الأمر بشكل طبيعي.

الحالة الحادية عشر:

وصف الحالة:

طفل ذكر اسمه عماد عمره سبع سنوات لا يعاني من سبب عضوي للتبول الـلاإرادي يعـاني الطفل من الحالة منذ الميلاد والطفل يتيم الأب يعيش مع أمه وله ثلاث أخوات ، يتصف سلوكه بالعدوانية والعنف داخل المدرسة وخارجها ، يخطف اللعب والكراسات مـن زملائـه، كثيـر الحركة والتنقل والعبث ، من خلال مقابلة والدة الطفل تبين أن ولادة الطفل تمت بطريقة عادية ، وعملية الفطام تمت بطريقة جيدة .الوالد قبل موته كان مستواه الاقتصادي متدنٍ جـداً ، كثيـر الديون والمشاكل مع الدائنين وكان والده لا مبالياً ،لان لديه زوجه أخري وله أولاد منها ، وقليل التردد علي المنزل ، الطفل ترتيبه الرابع بعد ثلاث أخوات.

الأم تعامله معاملة تتصف بالتدليل ، بينما تعامل الأخوات بقوة. لم تجرب الأم استعمال العنـف ليتحكم الطفل ويضبط عملية التبول . مستوي الطفل في المدرسة ممتاز ، يحب الرسم والأعمال اليدوية ، شديد الغيرة ويستولي علي الأشياء أحياناً بالسرقة ، عنيد يصر علي اكتسـاب معظـم الأشياء في المنزل ،كثير الشكوى ، يبدو أن الطفل لا يحترم والده الميت كثيراً. ولـدي مقابلـة الطفل تبين أنه يركز علي جانب غياب الأب وأنه يتمني أنه لو حصل علي حنان الأب ، وهـذا يبرز ميله إلي الاستيلاء علي الأشياء من باب التعويض لما حرم منه. كذلك يمكن تفسير تفوقـه في الدراسة باعتباره رغبةً في التميز وإثبات الذات.

وفي نفس الوقت يمكن تفسير التبول اللاإرادي من منطلق استمداد التعاطف من قبل الأم الـذي اعتاده من خلال التدليل لكون الطفل الذكر المتميز في الأسرة ، في نفس الوقت يمثـل انتقامـاً رمزياً من الأب غير الموجود والذي حرم منه الطفل والذي يشكل للتبول الـلاإرادي تمـرداً لا شعورياً تجاه الأب غير الموجود.

من خلال الدراسة المستعرضة لتاريخ الحالة، والمقابلات الشخصية مع الطفل ووالدته وأخواته، تبين أنه طفل مدال بشكل واضح ولديه نزعة تسلطية وعدوانية،محـروم مـن حنـان الأب ذو المستوي الاقتصادي المتدني، يميل للتمايز ولديه مستوي عالٍ من تقدير الذات ، يحب أن يكتسب الأشياء التي يستحقها ولا يستحقها ،وهذا يفسر رغبته في التمايز بين زملائه بالمدرسة، وأخواته في الأسرة واستدراك عاطفة الأم التي تتجاوز عن سيئاته ومن ضمنها التبول اللاإرادي.

الحالة الثانية عشر:

وصف الحالة:

إيمان عمرها ثماني سنوات في الصف الثاني الابتدائي، ضعيفة في دراستها، دخلت المستشـفي عدة مرات تشكو من التبول الليلي منذ الولادة ، وهي ابنه وحيدة الأب عاطل عن العمل تـزوج من مدرسة وكالة في ضعف عمرة تقريباً حيث بلغ سن الأب عند الـزواج 20 سـنة والأم 38 سنة . البنية الجسدية للطفلة ضعيفة، عاشت في حياة أسرية مليئة بالمشـكلات بـين الـزوجين وحيث قضت الطفلة مدة طويلة في بيت جدتها لأمها.

لوحظ علي الطفلة بأن لديها مشكلات في النطق ، خجولة، ولدت الطفلة بطريقة طبيعيـة ولـم تحصل علي رضاعة طبيعية بسبب غياب الأم للعمل، والد الطفلة من النمط المتسـلط القاسـي اللامبالي ، ويستخدم أسلوب العنف والضرب ، الظرف المادية للأسرة مرتفعة، ولكن الأم تعاني من مشكلات صحية سيئة .

لدي فحص الطفلة تبين أنها تعاني من مشكلات في الكلي ولم تنجح محاولات تبولها الـلاإرادي، ومن خلال المقابلة مع الطفلة تبين أنها لا تنتمي للوالدين بشكل قـوي ، وأنهـا تشـعر بعـدم الطمأنينة ، وأنها تخاف من أبيها بشكل كبير، خجولة، قليلة الكلام، منطوية، لا تحب الألعـاب ، شديدة التوتر ، مفزوعة من الأصوات والحركات.

من خلال الاطلاع علي تاريخ حالة الطفلة إيمان والمقابلات الشخصية معها ومع كل مـن الأب والأم ، تبين أن الأسرة رغم صغر حجمها وارتفاع المستوي المعيشي إلا أنها تعاني من ضعف في بنيتها ، وتفكك أو أسر علاقتها وعدم وجود روابط من المشاعر والعواطف بـين أفرادهـا بحيث أصبحت المشكلات الاجتماعية والأزمات متواصلة وتواجدت الطفلة في خضم هذا المحيط الذي لم يرحمها، فوجدت أباً متسلطاً قاسياً ووجدت أماً بعيدة لا تكون أغلب الوقـت موجـودة لترعاها، جده كبيرة السن وبالتالي كانت شخصية الطفلة منطوية مهـزوزة متبلـدة المشـاعر، ودفعها الحرمان العاطفي إلي الشعور بالخوف من المستقبل وتسبب ذلك في الاضطراب اللغوي والتأخر الدراسي والخجل والتبول اللاإرادي، كوسائل دفاعية كما لو كانت الطفلـة تـرفض لا شعورياً الانتقال إلي المراحل العمرية التالية أو التثبيت للمرحلة الحالية.

الحالة الثالثة عشر:

وصف الحالة:

طفل اسمه أحمد يبلغ من العمر تسع سنوات يعمل والده بائعاً متجولاً وتعاني والدته من مشكلات عقلية ، أدخلت مستشفي الأمراض العصبية عدت مرات ، أسرة مكتظة بالأولاد ذكـور وإنـاث صحته العامة جيدة لكنه يعاني من التبول اللاإرادي المستمر ، مستواه الدراسي متدنٍ تمكن مـن ضبط عملية التبول لمدة ثلاثة شهور في العام الماضي ثم عاد ليتبول مرة أخري نظراً للوضـع

الخاص للأم ، تقوم الأخت الكبرى وهي في المدرسة الثانوية بالإشراف علي رعاية إخوتها في ظل وجود الأم أو غيابها.

كانت ولادة الطفل بشكل طبيعي وكانت رضاعته لمدة طويلة بشكل طبيعي وتأخر فـي عمليـة الفطام.

استغرق الطفل فترة طويلة للانضباط في الدراسة ، يحب النوم كثيراً ، قليل الحركة والنشـاط ، الطفل هادئ في الصف ولا يميل للمشاركة ، ينسي كتبه وأدواته في المنزل أغلب الوقت.

الطفل مسالم ، قليل المشاكل ، كثير البكاء سريع التهيج بطئ الحركة، شديد التعلق بأخته الكبرى محب للوالدة حزين علي والدته ، يشعر بخوف شديد من جراء الحالات التي تصيب والدته.

يعامله الأب معاملة جافة لكثرة الأطفال وعدم تفرغه فهو دائم الغياب، وقلما جاس مـع أطفالـه ليعوضهم عن حالة الأم ، والأب هادئ الطبع ، صامت، يميل للخروج من المنزل وتعلو وجهـه علامات الهم والحزن ، من خلال مقابلة الأب، اتضح أنه يحاول من خلال الاجتهـاد والكسـب تعويض أبنائه عن غياب الأم وتوفير المتطلبات المادية ، وتبين أن البنات تحاول أن تثبت للأب القدرة علي ضبط الأمور ليعتاد علي نمط مستقر خشية أن يفكر في الزواج من أخري ، لـذلك فهن يقمن بجهد كبير يفوق طاقتهن ، وتبين أن، الأطفال الصغار رغم هذا الجهد يعوزهم حنـان الأم والشعور بالاطمئنان في ظلها.

من خلال دراسة حالة الطفل أحمد والمقابلات الشخصية مع أفراد الأسـرة جميعـاً ، تبـين أن الوضع الأسري بشكل عام كئيب والحزن يخيم علي معظم أفراد الأسرة وأن الطفل أحمد يشـعر بحرمان شديد وظلم غير محدد المصدر وأنه يتمني وجود الأم إلي جانبه كبقية الأطفـال وأنـه يخاف ويميل إلي الخيال وأحلام اليقظة واللعب الإيحائي والحوار مع الجماد.

ويحترم الشخصيات الخيالية التي تتصف بالقوة وأنه يخاف كثيراً من الظلام ومما يلفت الانتباه أن الطفل يشعر بالذنب جداً إزاء ما تعانيه الأم ، و مصدر هذا الشعور أن حالة اللاسواء العقلي التي تعاني منها الأم جاءت نتيجة لتعبها وجهدها واجتهادها لرفاهية أفراد أسرتها الكثيرون ، مما أفقدها قدرتها وعقلها.

وهذا يفسر حالة الكآبة والحزن التي تسيطر عليها وأن حالة التبول اللاإرادي جاءت ملازمة الشعور الطفل بالخوف من الظلام وفقدان السند بالإضافة إلي شعوره بالنقص وخيبة الأمل.

الحالة الرابعة عشر:

وصف الحالة:

الطفلة شذي تبلغ من العمر سبعة سنوات في أسرة متوسطة الحال، الأب رجل أعمال يوزع بضائع بالجملة تتعلق بأجهزة الكمبيوتر ، أمها جامعية. تتكون الأسرة من خمسة أفراد ، الأب والأم وبنتان وولد. يأتي ترتيب الطفلة الثانية ويبلغ أخاها محمد من العمر ستة شهور ، وكانت شذي متفوقة في النصف الأول من العام الدراسي ، والتبول اللاإرادي طرأ عليها بعد ولادة الطفل مباشرة. لا تعاني من أمراض عضوية تعاني من اضطرابات في الطعام وفقدان الشهية وأرق في النوم مع نحافة في الجسم واصفرار في الوجه.

من خلال دراسة الحالة تبين أن الطفلة شديدة الغيرة من أختها الأكبر منها ومن أخوها الأصغر ، حديث الولادة الذي يعاني من تشوه خلقي في القلب . والدة الطفل شديدة العطف علي أبنائها غير متسلطة، متفهمة، والأب غير عنيف، ودود ومثقف، يحضر اللعب و يلبي رغبات أطفاله أغلب الأحيان.

تمت ولادة الطفل بطريقة طبيعيه قيصرية أما الرضاعة فقد تمت بطريقة طبيعية لمدة سنه ونصف وجاء الفطام متدرجاً بدون صدمات ، من خلال النظرة العامة للمسكن تبين أنه مرتب

ونظيف والأطفال يلبسون بشكل منظم وجميل ويتمتع الأطفال بأدوات وألعاب بمستوي مقبـول ، وتميل الأم إلي مساعدة أطفالها في الدراسة واللعب ، يعتبر التبول اللاإرادي غير المبرر أمـراً مزعجاً بالنسبة للام مما جعلها تلجأ إلي العلاج الذي لم يجدي نفعاً ، استخدمت الأم عدة وسـائل محاولة منها للحد من الظاهرة منها التهديد بالعنف والترغيب في حالة التوقـف دون اسـتخدام العقاب الجسدي.

من خلال المقابلة مع الطفلة تبين أنها لا تحب أخيها كثيراً ، ومن خلال وصفه بأنه قذر وقبـيح وكثير البكاء ، وتبين أنها تغار منه كثيراً من خلال وصفها لسلوك والدتها بأنهم يحملونه دائمـاً ويخرجون به في السيارة.

من خلال دراسة تاريخ الحالة الخاصة بالطفلة شذي والمقابلات الشخصية مع أفراد الأسرة تبين أن الطفلة لم تشعر بسعادة غامرة في ظل وجودها مع أختها وأن الطارئ الجديد وهـو الطفـل الذكر قد خفف من مستوي اهتمام الوالدين بها ،ومن وجهه نظرها مع الاهتمام البـالغ بالطفـل المريض وصرف معظم الجهد في رعايته وحمله والخروج به إلي المستشفي . مـع الحـرص علي عدم تركه يبكي والانطلاق إليه بسرعة لتلبية مطالبه. هذا كله جعـل الطفلـة تتمنـي لا شعورياً أن تحظي بنفس الاهتمام وأن تبحث عن مبررات للحصول عليه ، فكان تراجع مستوي الطفلة الدراسي والعودة للتبول اللاإرادي بمثابة نكوص إلي فتـرة سـابقه كحيلـة لا شـعورية للحصول علي نفس مستوى المحبة والاهتمام التي يحصل عليها الطفل المريض وهـذا يبـرر أيضاً ميل الطفلة للمبالغة في الشكوى والتمارض والبكاء الشديد بالإضافة للتبول اللاإرادي.

ويري الباحث في ضوء نتائج الحالات السابقة كعينة من المجتمع الفلسطيني بشكل عام تبين أن مستوي الاضطرابات السلوكية مرتفع نوعاً ما عند الأطفال في الفئات العمرية من 6-9 سنوات ، ويرجع ذلك للعوامل النفسية العديدة أهمها الخوف ، والقلق، والحرمان التي يسببها انعدام الأمن العام نتيجة للاحتلال وأساليبه وما ينتج عن ذلك من حصار اقتصادي وتدني المستوي المعيشي الذي يؤدي بدوره إلي وجود إشكاليات أسرية بين الأسر ، وبين الوالدين داخل الأسرة الواحدة.

كما أن المشكلات داخل الأسرة ذات التركيب المعقد تصيب الطفل في مركز توازنه النفسي ، فبدلاً من أن تكون الأسرة عامل استقرار وطمأنينة تصبح في نظر الطفل عامل تهديد وحرمان.وبالتالي تظهر العديد من الاضطرابات السلوكية والتي يعتبر التبول اللاإرادي واحد من مظاهرها السلبية و الصامتة والتي قد تعبر في بعض الأحيان عن التمرد علي سلطة أحد الوالدين أو رغبة في إثبات الذات في مجتمع يفرق بين الذكر والأنثى أو استسلام للمخاوف والشعور بالدونية.

Abstract

This study aims to identifying the impact of spreading the behavioral problems of the children (the aggressive behavior , deconcentration ,hyper activity , fear and enuresis) specially after the aggressive war of Gaza , in the light of six variables : sex , place of living , martyring of one of the parents , the cultural background of parents ,the size of the body injury and house demolition .

The questionnaire has been developed of (75) paragraphs to measure to the impact of behavioral problems of the children .

This measurement was distributed to abnormal sample reached at (1124) male students and female ones from the primary schools of UNRWA in its five educational areas , **and the study aimed at answering these questions** :

1- What is the impact of the behavioral problems of the children in the schools of UNRWA after Gaza Aftermath ?

2- Are there static significance differences in the behavioral problems of the children in the schools of UNRWA after Gaza Aftermath due to the changing sex (male , female) ?

3- Are there static significance differences in the behavioral problems of the children in the schools of UNRWA after Gaza Aftermath due to the variable of martyring one of the parents (father , mother) ?

4- Are there static significance differences in the behavioral problems of the children in the schools of UNRWA after Gaza Aftermath due to the house demolition (complete or partial) ?

5- Are there static significance differences in the behavioral problems of the children in the schools of UNRWA after Gaza Aftermath due to the changing of body injury (low – mid – high) ?

6- Are there static significance differences in the behavioral problems of the children in the schools of UNRWA after Gaza Aftermath due to the cultural background (mother , primary , elementary , secondary , university) ?

7- Are there static significance differences in the behavioral problems of the children in the schools of UNRWA after Gaza Aftermath due to the changing of place (North , Gaza , the Middle Areas and South) ?

To test the validity of assumptions , the researcher used study of percentages and test Altat Albaramitri (Test – T) one sample test , and analysis of variance test (One Way ANOVA) and repetitions and correlations coefficient of Superman aaaand Person) , **the study has conducted at the following conclusions** :

1- There are behavioral problems (aggressive behavior , deconcentration , attention , hyper activity , fear and enuresis) of the children of UNRWA after Gaza Aftermath .

2- There are static significance differences in the behavioral problems of the children of the schools of UNRWA after Gaza Aftermath due to the changing of sex on behalf of males .

3- There are static significance differences in the behavioral problems of the children of the schools of UNRWA after Gaza Aftermath due to the changing of place of living on behalf of the people of North .

4- There are not statistically significant differences in the behavioral problems of the children of the schools of UNRWA after Gaza Aftermath due to the variable of martyring one of the parents .

5- There are static significance differences in the behavioral problems of the children of the schools of UNRWA after Gaza Aftermath due to the cultural background on behalf of the non – learned people .

6- There are static significance differences in the behavioral problems of the children of the schools of UNRWA after Gaza Aftermath due to house demolition on behalf of partial demolition .

7- There are static significance differences in the behavioral problems of the children of the schools of UNRWA after Gaza Aftermath due to the body injury on behalf of the mid injury .

In the light of the results of the study, the researcher studied several recommendations and suggestions for parents, teachers, psychologists , educators and counselors, officials from the Education in Gaza Strip and researchers in the field of psychology and counseling, and curriculum developers need to pay attention to the indicative programmers and basic requirements aimed to develop the capacity of students (elementary stage) , developing the aiming counseling programmers to put an end to these behavioral problems , urging them to cater for the preparation of individual integrated in all aspects of psychological, social, physical and cognitive mental, unable to adapt to the difficult circumstances and the problems of life of the suffering Palestinian child .

The Islamic University of Gaza
High studies Dean
Faculty of Education
Department of Psychology

Behavioral Problems of Gaza Children after War and its Relation of some Variables

Master Degree

Preparation:

Ashraf Ibrahim Mohmmad al Jabali

Supervision:

DR. Jamil Hassan Al Tahrawi

*This Letter Provided an Update to the Requirements of Obtaining a Master's Degree in Psychology-
Psychological Counseling*

1430 - 2009